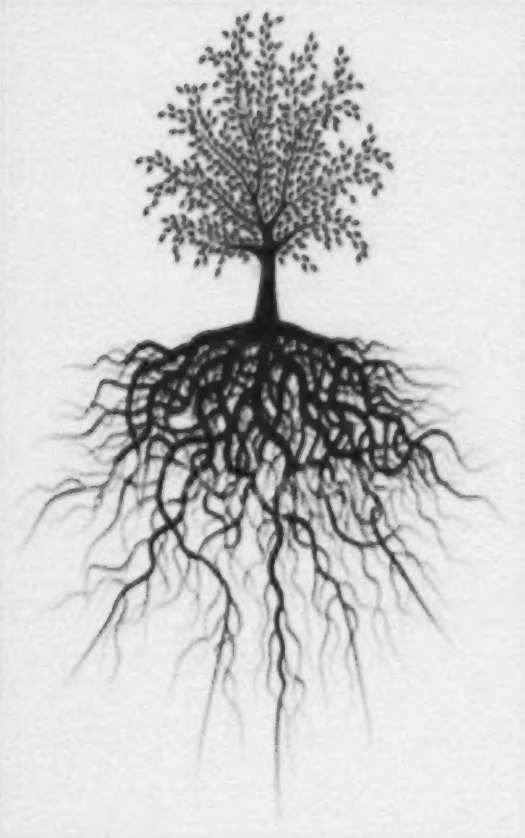
Le 18 février 2016 • Volume 42-S1

RMTC SUPPLÉMENT

RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ



Recherche

Il existe une corrélation manifeste entre les faibles revenus et les coûts élevés des soins hospitaliers en ce qui a trait aux maladies transmissibles S8

Commentaires

La santé publique joue quatre rôles clés pour contrer l'injustice en matière de santé S16

L'action intersectorielle est nécessaire pour faire des progrès dans le domaine des déterminants sociaux de la santé S21

Liens

Conseils de l'Agence aux voyageurs sur le virus Zika dans les Amériques S26

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

RMTC

RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA

Le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC) est un journal scientifique bilingue révisé par les pairs et en accès libre en ligne publié par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Il fournit de l'information opportune et pratique sur les maladies infectieuses aux cliniciens, aux professionnels de la santé publique et aux responsables des politiques qui éclaire les politiques, le développement des programmes et les pratiques.

Bureau de la rédaction

Rédactrice scientifique en chef
Patricia Huston, M.D., M.S.P.

Gestionnaire de la rédaction
Mylène Poulin, B.Sc., B.A.

Responsable de la production
Wendy Patterson

Assistants à la rédaction
Diane Staynor
Jacob Amar

Réviseures et correctrices d'épreuves
Diane Finkle-Perazzo
Cathy Robinson
Jane Coghlan
Lise Lévesque

Contactez-nous

ccdr-rmtc@phac-aspc.gc.ca
613.301.9930

Photo courtoisie

Credit: Donna Rickets, Addressing Social Determinants of Health in Pediatric Medicine (en anglais seulement). http://donnaricketts.myefolio.com/

Comité de rédaction du RMTC

Michel Deilgat, C.D., M.D., M.P.A., CCPE
Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique
Agence de la santé publique du Canada

Catherine Dickson, MDCM, M.Sc.
Résidente, Santé publique et médecine préventive
Université d'Ottawa

Jennifer Geduld, MHSc
Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire
Agence de la santé publique du Canada

Judy Greig, R.N.,B.Sc., M.Sc.
Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire
Agence de la santé publique du Canada

Judy Inglis, B.Sc., MLS
Bureau du conseiller scientifique principal
Agence de la santé publique du Canada

Maurica Maher, M.Sc, M FRCPC
Défense nationale

Mohamed A. Karmali, MB ChB, FRCP(C)
Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses
Agence de la santé publique du Canada

Julie McGihon
Direction générale des affaires publiques et des communications
Agence de la santé publique du Canada

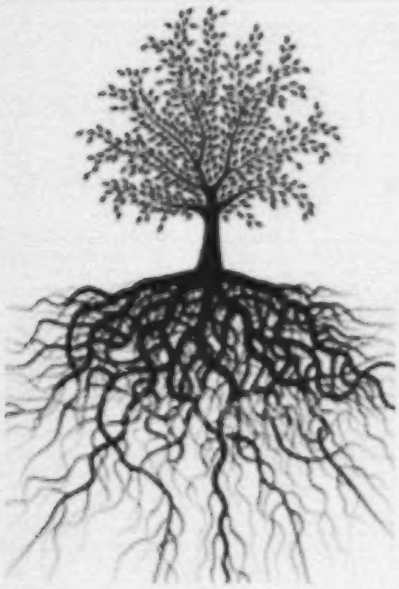
Robert Pless, M.D., M.Sc.
Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses
Agence de la santé publique du Canada

Hilary Robinson, MB ChB, M.Sc., FRCPC
Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire
Agence de la santé publique du Canada

Rob Stirling, M.D., M.Sc., MH.Sc., FRCPC
Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses
Agence de la santé publique du Canada

Jun Wu, Ph.D.
Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Agence de la santé publique du Canada

RMTC
RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA



SUPPLÉMENT

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

DANS CE NUMÉRO

ÉDITORIAL

Promouvoir l'équité en santé en vue d'améliorer la santé : le moment d'agir est venu — S1
Jackson B, Huston P

ANALYSE DE BASE DE DONNÉES

Fardeau économique des maladies transmissibles lié aux inégalités au Canada — S8
Diener A, Dugas J

COMMENTAIRES

Que peut faire la santé publique pour régler les injustices liées aux maladies infectieuses? — S16
Moloughney, BW

Les maladies infectieuses, les déterminants sociaux et la nécessité d'une action intersectorielle — S21
Butler-Jones D, Wong T

ACTUALITÉS SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

The Sanitation Hygiene Infant Nutrition Efficacy (SHINE) Trial (en anglais seulement) — S25

Emerging Infections Program Efforts to Address Health Equity (en anglais seulement) — S25

LIENS UTILES

ASPC. Conseils de santé aux voyageurs : Infections à virus Zika dans les Amériques — S26

ASPC. Le portail canadien des pratiques exemplaires — S26

ÉDITORIAL

Promouvoir l'équité en santé en vue d'améliorer la santé : le moment d'agir est venu†

Jackson B[1], Huston P[2]

Résumé

De plus en plus, les inégalités en santé, soit les disparités évitables en matière de santé entre des groupes de personnes, sont reconnues et prises en compte dans l'objectif d'améliorer la santé publique. L'intérêt du Canada à l'égard des inégalités en santé remonte à plus de 40 ans, lors de la publication historique du rapport Lalonde en 1974. Cet intérêt a été réaffirmé en 2011 par la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, qui énonce un engagement politique mondial à réduire les inégalités en santé par la mise en œuvre d'une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé. Les recherches menées dans ce domaine visent notamment à décrire les inégalités en santé, à suivre leur évolution et à étudier leurs causes multidimensionnelles, de même qu'à élaborer et à évaluer des stratégies permettant de les atténuer. Des inégalités peuvent être observées en ce qui concerne les populations vulnérables aux maladies infectieuses et chroniques, l'incidence des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies, l'évolution des maladies et les résultats des traitements. Un grand nombre de programmes, de politiques et de projets qui pourraient avoir une incidence sur l'équité en santé et les déterminants de la santé ont été mis en œuvre à l'échelle du Canada. Les percées théoriques et méthodologiques récentes dans les domaines de la science de la mise en œuvre et de la recherche interventionnelle en santé des populations ont renforcé notre capacité d'élaborer des interventions efficaces.

En lançant ce mois-ci une nouvelle série d'articles sur l'équité en santé, les revues *Relevé des maladies transmissibles au Canada* et *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* vont continuer à rendre compte des analyses sur les déterminants sociaux de la santé et à les encourager ainsi qu'à insister sur les études d'interventions qui promeuvent l'équité en santé.

Citation proposée : *Jackson B, Huston P. Promouvoir l'équité en santé en vue d'améliorer la santé : le moment d'agir est venu. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2016;42-Suppl 1:S1-7.*

Affiliations
[1]Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

[2]Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

Correspondance: beth.jackson@phac-aspc.gc.ca

†Remarque: Le texte de cet article est identique à celui de l'article publié au préalable dans la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques* et publié électroniquement le 18 février 2016. Il satisfait aux lignes directrices de la publication simultanée formulées par l'*International Committee of Medical Journal Editors* (www.icmje.org). Le supplément du *RMTC* contient une annexe supplémentaire.

Introduction

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les inégalités en santé comme des injustices évitables en matière de santé, relevées au sein d'un même pays ou entre pays (1). Outre le fait qu'elle figure au rang des préoccupations nationales et internationales, l'équité en santé est un domaine de recherche et de pratique fécond, qui intéresse plusieurs disciplines, secteurs et sphères de compétence.

Même si la majorité des Canadiens sont en bonne santé, des inégalités subsistent sur le plan de la santé et, dans certains cas, ces inégalités tendent à s'accentuer (2,3). Pourtant, un grand nombre de mesures peuvent être prises en vue de remédier à cette situation.

Le présent commentaire d'introduction a pour objet de rappeler quelques-uns des jalons ayant marqué le travail relatif à l'équité en santé au Canada et dans le reste du monde, de souligner les progrès récents et les mesures recommandées au Canada, ainsi que de montrer que les nouvelles données sur les inégalités et les interventions peuvent ouvrir des perspectives prometteuses pour la collaboration intersectorielle visant à promouvoir l'équité en santé et à améliorer la santé.

Jalons clés

Les débuts

Le rapport Lalonde, publié en 1974 et intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, a affirmé que la quantité, la qualité et l'agencement des systèmes de soins de santé aigus jouaient un rôle limité dans la détermination de l'état de santé d'une population (4). Les « domaines de la santé » identifiés (biologie, choix individuels, environnement physique et social, soins de santé) dans le rapport constituent l'une des premières expressions de ce que l'on nommera les « déterminants sociaux de la santé ». Le rapport Lalonde, qui a fait date, a rapidement été suivi d'autres documents importants de politiques : la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires de l'OMS en 1978 (5), le rapport canadien Epp (*La santé pour tous*) (6) et la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de l'OMS en 1986 (7). Par la suite, des publications clés, dont *Why are some*

people healthy and others not? The determinants of health of populations (8) et *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens* en 1994 (9), ont été les jalons d'un recadrage de la santé publique dans une perspective de « santé de la population » qui s'est appuyé sur les déterminants sociaux de la santé.

Appels à une action mondiale

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS

En 2008, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a établi un lien clair entre les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé dans son rapport *Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux* (10). Elle a déclaré que « ces inégalités en santé, qui pourraient être évitées, tiennent aux circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi qu'aux systèmes de soins qui leur sont offerts. À leur tour, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent dépendent de forces politiques, sociales et économiques » (10). La Commission a formulé trois recommandations générales autour desquelles ont été articulés des principes d'action :

- améliorer les conditions de vie quotidiennes;
- lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes;
- mesurer l'ampleur des inégalités en santé et évaluer les effets des politiques et des autres mesures appliquées sur l'équité en santé (10)

Ce nouvel appel à une action mondiale a soutenu les démarches canadiennes dans le secteur de la santé publique et sur le plan intersectoriel. Devant l'urgence grandissante de la situation, et à la lumière des connaissances acquises sur les approches axées sur les déterminants sociaux de la santé et sur l'équité en santé, une autre invitation à passer à l'action a été lancée lors de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé en 2011, à Rio de Janeiro.

Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé

En mai 2012, le Canada et d'autres États membres des Nations Unies ont adopté la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (11). La Déclaration de Rio est un engagement politique mondial à mettre en œuvre une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé, en vue de réduire les inégalités en santé. Afin d'inciter les différents pays à élaborer des stratégies et des plans d'action nationaux pour lutter contre les inégalités en santé, la Déclaration a proposé cinq axes d'intervention essentiels :

- adopter une meilleure gouvernance pour la santé et le développement;
- promouvoir la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques;
- réorienter davantage le secteur de la santé pour réduire les inégalités en santé;
- renforcer la gouvernance et la collaboration mondiales;
- suivre les progrès et accroître la responsabilisation (11).

Collaboration et mesures prises au Canada

Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique

Portant à la fois sur l'équité en santé et les déterminants de la santé, le premier rapport de l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP) (2) a ciblé plusieurs secteurs d'intervention prioritaires et plusieurs moyens d'aborder les inégalités en santé au Canada :

- investissements sociaux (en particulier pour les familles avec enfants vivant dans la pauvreté et pour le développement des jeunes enfants);
- capacité des collectivités à agir sur les déterminants de la santé et l'équité en santé;
- politiques intégrées et mesures conjointes entre les secteurs et les sphères de compétence;
- infrastructure du savoir permettant d'évaluer la santé des sous-populations ainsi que l'efficacité, l'adaptabilité et l'extensibilité des interventions;
- leadership au sein et à l'extérieur du secteur de la santé (2).

Ces secteurs d'intervention prioritaires restent pertinents aujourd'hui, alors que les différents ordres de gouvernement et secteurs s'unissent en vue de réduire les inégalités en santé.

Le Réseau pancanadien de santé publique

Le Réseau pancanadien de santé publique (RSP) est un réseau formé de représentants de nombreux secteurs et ordres de gouvernement qui travaillent ensemble au renforcement de la santé publique au Canada. Le RSP est constitué d'universitaires, de chercheurs, de fonctionnaires, de membres d'organisations non gouvernementales et de professionnels de la santé. Il est dirigé par un conseil composé de représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, en particulier de l'ACSP et de hauts dirigeants responsables de la santé publique de tous les ordres de gouvernement. En 2010, le Conseil du RSP a approuvé un ensemble d'indicateurs des disparités sur le plan de la santé et a recommandé que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada fassent le suivi de ces indicateurs (12). Cette initiative pancanadienne permettra d'obtenir des données de référence sur plus de 50 indicateurs se rapportant aux résultats pour la santé (associés aux maladies chroniques comme aux maladies infectieuses), aux comportements associés à la santé et aux déterminants sociaux des inégalités en santé (par exemple la sécurité alimentaire).

Ces données seront stratifiées, dans la mesure du possible, en fonction d'un large éventail de variables liées à l'identité et au profil social (dont le sexe, le statut socioéconomique, l'identité autochtone, les antécédents culturels ou ethniques, le statut d'immigrant, la résidence en milieu rural ou urbain et l'orientation sexuelle). Les résultats de cette initiative, qui sont attendus en 2016, fourniront de nouvelles données que la société civile et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pourront utiliser en appui à la prise de décision, à l'établissement de priorités, à l'élaboration d'interventions efficaces et à la surveillance des inégalités en santé.

Le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé

Le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé (CCDSS) est un groupe multisectoriel d'intervenants qui a été mis sur pied par l'ASPC en 2005 (sous le nom de Groupe de référence canadien) pour soutenir la contribution du Canada à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Depuis sa création, le rôle du groupe a évolué, en considération de l'importance d'une mobilisation intersectorielle élargie dans l'adoption de mesures efficaces de réduction des inégalités en santé. Actuellement, le CCDSS a un double mandat : conseiller l'ASPC relativement à l'application de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (11) et faciliter et optimiser les mesures prises au sujet des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé au Canada. Le CCDSS compte des représentants de tous les ordres de gouvernement, de la société civile, du secteur des affaires, des milieux de travail et du milieu universitaire ainsi que des peuples autochtones, ayant tous été sélectionnés pour leur expertise et leur expérience dans les interventions relatives aux déterminants sociaux de la santé. Le CCDSS est coprésidé par un représentant de l'ASPC nommé par l'administrateur en chef de la santé publique.

De la connaissance à l'action

Bien que des progrès substantiels aient été réalisés dans le suivi des inégalités en santé, ces connaissances à elles seules n'améliorent pas la santé. La promotion de l'équité en santé doit s'accompagner d'interventions complémentaires à plusieurs niveaux (comportemental, organisationnel et sociétal/systémique), auprès de différentes populations et dans différents contextes (13).

Progrès récents

Au cours des cinq dernières années, une gamme de programmes, de politiques et de projets concernant l'équité en santé et les déterminants de la santé ont été mis en œuvre à l'échelle du Canada par les différents ordres de gouvernement. Certaines de ces démarches sont décrites dans le document *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé : Aperçu des mesures canadiennes de 2015 (14)*. Consultez l'**annexe** qui présente quelques faits saillants des plus récentes initiatives à travers le Canada.

En novembre 2015, l'Institut canadien d'information sur la santé a lancé un ensemble de produits dans le cadre de son projet « Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada » (3). Ces produits – en particulier un rapport technique et un outil interactif en ligne – portent sur l'évolution des inégalités en santé liées au revenu au cours des 10 dernières années. Pour 11 des 16 indicateurs étudiés (dont les déterminants sociaux et les résultats pour la santé), l'écart de santé n'a pas varié entre le groupe dont le revenu est le plus élevé et celui dont le revenu est le plus faible. L'écart s'est creusé pour trois indicateurs (tabagisme, hospitalisations liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique chez les adultes et autoévaluation de la santé mentale comme étant passable ou mauvaise). En outre, même si les inégalités se sont atténuées pour les deux indicateurs restants, la réduction est principalement attribuable à un nivellement « par le bas » : la santé des groupes dont le revenu est le plus élevé s'est détériorée, alors qu'elle n'a pas varié dans les groupes dont le revenu est le plus bas. Cette analyse des tendances liées au revenu est une contribution importante aux données probantes canadiennes sur les inégalités en santé.

Orientations futures

Dans notre série sur l'équité, nous aimerions attirer l'attention sur deux percées majeures en recherche appliquée : la science de la mise en œuvre et la recherche interventionnelle en santé des populations.

Science de la mise en œuvre

La science de la mise en œuvre est l'étude des méthodes qui favorisent l'intégration des conclusions et des données probantes issues de la recherche aux politiques et aux pratiques relatives aux soins de santé (15). Cette discipline s'intéresse aux défis que posent la mise en œuvre des interventions, l'application de leurs progrès à d'autres secteurs et leur transposition à grande échelle. La science de la mise en œuvre se fonde sur un ensemble de disciplines de recherche et de pratique et met à profit la recherche opérationnelle, la recherche participative, la science de la gestion, l'amélioration de la qualité et l'évaluation des effets.

La science de la mise en œuvre a servi à améliorer l'équité en santé au Canada et à l'étranger. Selon les participants aux réunions consultatives organisées récemment par l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé de l'OMS, l'Agence américaine pour le développement international et le Groupe de la Banque mondiale, la science de la mise en œuvre devrait promouvoir une culture d'apprentissage fondé sur des données probantes, mobiliser les intervenants et améliorer les décisions concernant les politiques et les programmes pour atteindre de meilleurs résultats sur le plan de la santé (16).

Un excellent exemple qui illustre l'amélioration de l'état de santé par la science de la mise en œuvre concerne le logement et le VIH. Des données probantes montrent que l'absence de logement adéquat entrave le traitement et le suivi de l'infection par le VIH et est associée à un risque accru de transmission (17). Le fait d'offrir une aide au logement à des personnes infectées par le VIH qui étaient sans domicile fixe ou qui n'avaient pas de logement adéquat a permis d'améliorer leur état de santé (17). En fait, un logement adéquat est associé à un meilleur état de santé chez les patients atteints de différentes affections (18).

Recherche interventionnelle en santé des populations

La recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) et la science de la mise en œuvre ont comme point commun de s'intéresser aux politiques et aux programmes (souvent à l'extérieur du système de la santé) qui pourraient favoriser l'équité en santé et la santé à l'échelle de la population (19). Cependant, l'objectif de la RISP est plus large : il s'agit de produire des connaissances sur l'efficacité et les modes d'action d'interventions précises, ainsi que sur les personnes et les circonstances pour lesquelles ces interventions sont efficaces. Ce type de recherche porte également sur la manière dont les classes et les programmes d'intervention influencent la santé et l'équité en santé au sein des populations. La RISP a pour objet principal les interventions en santé des populations : elle reconnaît les caractéristiques propres à ces interventions, de même que la combinaison spécifique d'outils qu'exige leur étude. Grâce à ces connaissances, nous sommes plus à même de concevoir des interventions qui peuvent être efficaces auprès de différentes populations, dans différents contextes et lieux, et nous sommes mieux placés pour faire progresser l'équité en santé.

Ce type de recherche amène cependant des défis de taille pour plusieurs raisons [traduction] : « mise à contribution d'acteurs de différents secteurs; multiplicité des éléments interdépendants; caractéristiques propres à la santé publique comme système de prestation essentiel; nécessité de tenir compte de l'incidence du contexte tant sur la mise en œuvre de l'intervention que sur ses mécanismes; questions éthiques particulières que posent les interventions en santé des populations » (20).

Un excellent exemple d'intervention en amont qui a eu des effets considérables sur la santé de la population est l'expérience sociale MINCOME, qui visait à réduire la pauvreté en fournissant aux résidents de Dauphin, au Manitoba, un revenu annuel garanti (RAG). Bien que l'objectif principal de l'étude originale (menée de 1974 à 1979) ait été d'évaluer l'incidence d'un RAG sur le marché du travail, les recherches interventionnelles récentes se sont intéressées aux effets du RAG sur la santé de la population. Ces recherches ont révélé que les hospitalisations attribuables à des accidents, à des blessures et à des problèmes de santé mentale, ainsi que la consultation d'un médecin pour des motifs de santé mentale, ont diminué au cours de l'expérience par rapport à un groupe de référence apparié. De plus, davantage d'adolescents prenant part à l'expérience ont terminé leurs études secondaires, ce qui comporte beaucoup d'autres avantages sur le plan de la santé et le plan social, et qui aura une incidence considérable tout au long de leur vie (21).

Conclusion

Le travail relatif à l'équité en santé et aux déterminants de la santé vise à améliorer la santé de la population et à garantir que les conditions qui favorisent la santé soient réparties équitablement. Le Canada a réalisé des progrès importants dans la mesure et la surveillance des inégalités en santé, dans le renforcement de l'infrastructure de données, dans la création de systèmes d'information ouverts, dans la réalisation d'analyses pointues des inégalités en santé ainsi que dans la mise en œuvre et l'évaluation de l'efficacité des interventions. De telles démarches accroissent la capacité du secteur de la santé publique et des autres secteurs à s'attaquer aux inégalités en santé.

En lançant ce mois-ci une nouvelle série d'articles sur l'équité en santé, les revues *Relevé des maladies transmissibles au Canada* (RMTC) et *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada: Recherche, politiques et pratiques* (PSPMC) (http://phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/36-2/index-fra.php) souhaitent présenter des rapports sur des recherches appliquées qui évaluent des stratégies d'atténuation des inégalités et d'amélioration des résultats sur le plan de la santé, tout en continuant de publier des rapports sur le suivi, la surveillance et l'analyse des inégalités en santé. L'objectif est d'accroître les connaissances, de renforcer la capacité d'agir sur les déterminants, ainsi que d'évaluer rigoureusement nos efforts en vue de promouvoir l'équité et d'améliorer la santé.

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui travaillent dans le domaine de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé. La Dre Patricia Huston est la rédactrice en chef de la revue *Relevé des maladies transmissibles au Canada* et se récuse des décisions rédactionnelles liées à cet article. Ces décisions furent prises par le Dr Robert Geneau, rédacteur en chef de la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques.*

Conflit d'intérêts

Aucun.

Références

1. Commission des déterminants sociaux de la santé. Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/.
2. Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : s'attaquer aux inégalités en santé. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2008. Numéro de rapport : HP2-10/2008F. http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/index-fra.php.
3. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : rapport sommaire. Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2015 Numéro de rapport : 978-1-77109-404-7. https://www.cihi.ca/en/summary_report_inequalities_2015_fr.pdf.

4. Lalonde M. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail. Ottawa (Ont.) : Ministre des Approvisionnements et Services Canada; 1974.Numéro de rapport : H31-1374. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf.
5. Organisation mondiale de la Santé. Conférence internationale sur les soins de santé primaires; 6-12 septembre 1978; Alma-Ata, URSS. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé et Fond des Nations Unies pour l'Enfance; 1978. http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21370fr/s21370fr.pdf.
6. Epp J. La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Ottawa (Ont.) : Santé et Bien-être social Canada; 1986. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan-promotion/index-fra.php.
7. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ur Conférence internationale pour la promotion de la santé; 1721 novembre 1986. Ottawa (Ont.); 1986. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf.
8. Evans RG, Barer ML, Marmor TR (dir.). Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie. Montréal, Presses de l'Université de Montréal; 1996. p. 37-73.
9. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens. Halifax (N.-É.) : Ministre des Approvisionnements et Services Canada; 1994. Numéro de rapport : H39-316/1994F. http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/other/strat_f.pdf.
10. Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS). Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2008. Numéro de rapport : 978 92 4 256370 2. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf.
11. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé; 19-21 octobre 2011; Rio de Janeiro, Brésil. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2011. http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf.
12. Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population. Indicateurs des disparités sur le plan de la santé. Ottawa (Ont.) : Réseau pancanadien de santé publique; 2010. Publication conjointe du Groupe des modes de vie sains et du Réseau pancanadien de santé publique. http://www.phn-rsp.ca/pubs/ihi-idps/pdf/Indicators-of-Health-Inequalities-Report-PHPEG-Feb-2010-FR.pdf.
13. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review: a new method of systematic review designed for complex policy interventions. J Health Serv Res Policy. 2005; 10 Suppl 1:21-34.
14. Agence de la santé publique du Canada. Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé : aperçu des mesures canadiennes de 2015. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/science-research-sciences-recherches/rio/index-fra.php?_ga=1.52021737.1527737122.1449062598.
15. Fogarty International Center. Implementation science information and resources. Bethesda (MD) : National Institutes of Health. http://www.fic.nih.gov/researchtopics/pages/implementationscience.aspx.
16. Alliance for Health Policy and Systems Research. Implementation research and delivery science mini-conference series. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2014. http://www.who.int/alliance-hpsr/news/2014/irds_series/en/.
17. Aidala AA, Wilson MG, Shubert V et collab. Housing status, medical care, and health outcomes among people living with HIV/AIDS: a systematic review. Am J Public Health. 2016;106(1):e1-e23. DOI: 10.2105/AJPH.2015.302905.
18. Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Feb 28;2:CD008657. DOI : 10.1002/14651858.CD008657.pub2.
19. Hawe P, Di Ruggiero E, Cohen E. Frequently asked questions about population health intervention research. Canadian J Public Health. 2012;103(5):e468-71. http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/3376/2723
20. Riley B, Harvey J, Di Ruggiero E, Potvin L. Building the field of population health intervention research: the development and use of an initial set of competencies. Preventive Medicine Reports. 2015; 2 : [4 p.]. Consultable en ligne à la page : http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.09.017.
21. Forget EL. The town with no poverty: the health effects of a Canadian guaranteed annual income field experiment. Can Public Policy. 2011;37(3):283. https://dx.doi.org/10.3138/cpp.37.3.283.

Annexe : Points saillants de mesures canadiennes de 2015 liées aux cinq thèmes de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (14)

Thème n° 1 : Adopter une meilleure gouvernance pour la santé et le développement

Appuyer l'élaboration de politiques en matière de santé publique

- Expériences d'institutionnalisation de l'évaluation d'impact sur la santé au Canada (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2013)

Travailler à l'échelle des secteurs pour combattre la pauvreté et renforcer le filet social

- Cadre de politiques sociales de l'Alberta (gouvernement de l'Alberta, 2013)
- Stratégie de réduction de la pauvreté de Terre-Neuve-et-Labrador (gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2014)
- Ensemble pour vaincre la pauvreté : Plan d'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick, 2014-2019 (Société d'inclusion économique et sociale)
- Stratégie de réduction de la pauvreté de la Saskatchewan (gouvernement de la Saskatchewan, 2014)
- Loi sur la collaboration en matière de réduction de la pauvreté (gouvernement du Nunavut, 2013)
- Government of Northwest Territories Anti-Poverty Action Plan: Building on the Strengths of Northerners 2014/15–2015/16 (gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, 2014)

Collaborer à l'échelle des secteurs pour améliorer un déterminant social clé de la santé

- Cadre de développement du jeune enfant, Partir du bon pied (gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, 2013)
- Rapport final At Home/Chez Soi (Commission de la santé mentale du Canada, 2014)

Thème n° 2 : Promouvoir la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques

Gouvernements ouverts, transparents et mobilisateurs

- Plan d'action du Canada pour un gouvernement ouvert 2014-2016 (gouvernement du Canada, 2014)
- Initiative de Terre-Neuve-et-Labrador pour un gouvernement ouvert (gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2014)

Mobiliser et responsabiliser les collectivités pour qu'elles participent à la prise de décisions

- Communiquer les déterminants sociaux de la santé (Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, 2013)
- Certaines vidéos de mobilisation sur YouTube, notamment :
  - Let's Start a Conversation About Health... and Not Talk About Health Care at All (Service de santé publique de Sudbury et du district, 2013)
- Inégalités sociales de santé (Santé publique Montréal, 2014)
- Guide sur les cadres d'engagement communautaire pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2013)

Responsabiliser les Autochtones en matière d'autonomie gouvernementale

- Mise à jour relative à l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières nations – Mise sur pied de la structure de gouvernance en santé des Premières Nations en Colombie-Britannique (gouvernement de la Colombie-Britannique, gouvernement du Canada, Premières Nations de la Colombie-Britannique)
- Les racines de la résilience : Aplanir les inégalités dans les communautés autochtones (Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, 2013)

Thème n° 3 : Réorienter davantage le secteur de la santé pour réduire les inégalités en santé

Réorienter davantage le secteur de la santé pour réduire les inégalités en santé

- Vers l'équité en santé : approches canadiennes relatives au rôle du secteur de la santé (Agence de la santé publique du Canada, 2014)
- Tous ensemble vers le mieux-être : Un plan d'action pour le mieux-être des enfants et des familles du Yukon (Services de santé et services sociaux du Yukon, 2014)
- Alberta's Strategic Approach to Wellness (gouvernement de l'Alberta, 2014)
- La Stratégie du mieux-être 2014-2021 du Nouveau-Brunswick, au cœur de notre avenir (gouvernement du Nouveau-Brunswick)

Intégrer l'équité, y compris les considérations relatives au sexe, dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre des programmes et des services

- Normes de santé publique de l'Ontario (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2008; mise à jour : 2014)
- Promote, Protect, Prevent: Our Health Begins Here: BC's Guiding Framework for Public Health (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2013)
- Façonner la science pour un monde en meilleure santé – Stratégie 2017 (Instituts de recherche en santé du Canada, 2014)
- Les médecins et l'équité en santé – Possibilités dans la pratique, 2012-2015 (Association médicale canadienne)

Fournir la capacité et les outils pour promouvoir l'équité en santé

- Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario)
- Ressources humaines et formation en matière d'équité en santé dans certaines provinces, certains territoires canadiens et certains ministères fédéraux

Thème n° 4 : Renforcer la gouvernance et la collaboration mondiales

Apporter une aide financière aux pays et aux organismes internationaux

- Leadership continu du Canada pour améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (2015-2020) (gouvernement du Canada, 2014)
- Analyse transnationale sur l'institutionnalisation de l'évaluation d'impact sur la santé, Document de travail n° 8 sur la série des déterminants sociaux de la santé (Organisation mondiale de la Santé, 2013)

Favoriser le soutien Nord-Sud en matière de partage de l'information et d'expertise technique

- The Handbook on Health Inequality Monitoring: with a Special Focus on Low- and Middle-Income Countries (Organisation mondiale de la Santé, 2013)

Thème n° 5 : Suivre les progrès et accroître la responsabilisation

Renforcer les systèmes de surveillance pour signaler les inégalités en matière de santé

- Rapport pancanadien sur les données de base sur les inégalités en santé (Réseau pancanadien de santé publique, Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé, 2015)
- Tendances relatives aux inégalités en santé au Canada (Institut canadien d'information sur la santé, 2015)
- Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures (Agence de la santé publique du Canada, 2014)
- Social Determinants of Inuit Health in Canada (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014)

Fournir des méthodes pour surveiller et signaler les inégalités en matière de santé

- Quelques rapports faisant état de méthodes de suivi des inégalités en santé et la production de rapports à ce sujet :
  - Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales en santé au Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2013)
  - Summary Measures of Socioeconomic Inequalities in Health (Santé publique Ontario, 2013)
  - Les cartes pour guider la planification intersectorielle et le suivi (Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, 2014)

Partager les données probantes pour éclairer les politiques et déterminer les priorités

- Instituts de recherche en santé du Canada : Investissements fédéraux dans la recherche sur les inégalités en santé et l'équité en santé (Instituts de recherche en santé du Canada)
- Portail canadien des pratiques exemplaires – Interventions sensibles à l'équité (Agence de la santé publique du Canada, 2015)

Fardeau économique des maladies transmissibles lié aux inégalités au Canada

Diener A[1]*, Dugas J[1]

Affiliation

[1]Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

***Correspondance :** alan.diener@phac-aspc.gc.ca

Résumé

Contexte : Les maladies transmissibles représentent un fardeau considérable pour la société, compte tenu des dépenses liées aux soins de santé qu'elles occasionnent et de leur incidence sur la santé de la population. Les études sur le coût associé aux maladies visent à estimer le fardeau économique total des maladies et des blessures.

Objectif : Déterminer le fardeau économique des maladies transmissibles au Canada et calculer les coûts associés aux inégalités en fonction du revenu et des frais d'hospitalisation.

Méthodologie : Les données proviennent de la base de données *Le fardeau économique de la maladie au Canada* (FEMC) pour l'année 2008. Les données sur les maladies transmissibles ont été extraites et comparées aux résultats globaux. Les données disponibles sur les frais d'hospitalisation en fonction du revenu ont été analysées par quintile de revenu.

Résultats : Les coûts totaux attribuables aux maladies transmissibles au Canada se sont chiffrés à 8,3 milliards de dollars, ce qui représente 9 % de l'ensemble des coûts pouvant être attribués à une catégorie précise de diagnostics ou de maladies. Les coûts indirects ont représenté 44 % de ces coûts totaux, soit une proportion du fardeau économique plus élevée que celle associée aux maladies non transmissibles. Une analyse des frais d'hospitalisation par quintile de revenu a clairement révélé une relation inverse entre le revenu et les coûts des soins hospitaliers. En 2008, les coûts associés à cette inégalité ont totalisé 308 millions de dollars. Il est toutefois probable que les données actuelles soient sous-estimées en raison du caractère prudent des hypothèses qui sous-tendent l'analyse.

Conclusion : Le coût des maladies transmissibles au Canada est considérable et il existe une corrélation manifeste entre les faibles revenus et les soins hospitaliers élevés. D'autres recherches devront être menées pour mieux prendre en compte les comorbidités et mieux estimer la valeur de la perte de productivité attribuable aux incapacités découlant des maladies transmissibles.

***Citation proposée :** Diener A, Dugas J. Fardeau économique des maladies transmissibles lié aux inégalités au Canada. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2016;42-Suppl 1:S8-15.*

Introduction

Les maladies transmissibles représentent un fardeau considérable pour la société, compte tenu des dépenses associées aux soins de santé qu'elles occasionnent et de leur incidence sur la santé de la population. Selon les plus récentes estimations établies dans le cadre du projet Global Burden of Disease, les maladies transmissibles représentent environ 6 % du fardeau total des maladies dans l'ensemble des pays développés et 5 % du fardeau au Canada, en termes de survie ajustée pour l'incapacité (DALY) (1). Au Canada, les maladies transmissibles sont la cause chaque année de la perte d'environ 729 années de vie ajustées en fonction de la santé (HALY). L'Organisation des Nations Unies a récemment souligné l'importance des maladies transmissibles, en incluant la nécessité «...d'accélérer les progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose, l'hépatite, l'Ebola et les autres maladies transmissibles et épidémies, y compris en nous attaquant à l'augmentation de la résistance aux antimicrobiens... » dans ses objectifs en matière de développement durable (2).

Le fardeau pour la santé, qui est calculé à partir de mesures en fonction des années de vie ajustées sur l'utilité – comme la survie ajustée pour la qualité de vie (QALY) et la survie ajustée pour l'incapacité (DALY) – ne donne toutefois qu'un portrait partiel de la situation. Pour comprendre le fardeau économique total lié à ces maladies, il faut inclure des données sur les coûts des soins médicaux et tenir compte des répercussions économiques de ces maladies qui causent des incapacités et une mortalité prématurée qui réduisent la productivité. Il est nécessaire de bien comprendre le fardeau économique total pour évaluer correctement les programmes et les politiques en matière de santé publique et de santé de la population, y compris les stratégies d'immunisation, d'un point de vue sociétal. Cela est particulièrement important, compte tenu des récentes

préoccupations suscitées par la planification en cas de pandémie et d'éclosion.

Les études sur les coûts associés aux maladies estiment le fardeau économique total des maladies et des blessures et peuvent fournir des renseignements utiles aux responsables des politiques, en précisant les composantes les plus coûteuses dans le traitement de maladies précises. L'estimation des coûts indirects associés aux maladies et aux blessures permet également de mieux comprendre l'incidence des mesures de prévention sur la société. Cet important élément d'information peut ensuite être utilisé pour étayer les évaluations économiques et l'affectation des ressources en santé publique.

Les coûts globaux associés aux maladies représentent la somme des coûts de renonciation associés à la maladie (ou valeur des possibilités auxquelles on doit renoncer sur le plan des ressources) et des coûts psychosociaux qui s'y rapportent. Les coûts de renonciation se divisent en coûts directs et coûts indirects, tandis que les coûts psychosociaux sont souvent qualifiés de coûts intangibles car ils sont plus difficiles à estimer.

Les *coûts directs* désignent les dépenses directes associées au traitement des maladies, par exemple les soins hospitaliers, les soins médicaux (soins primaires) et l'utilisation de produits pharmaceutiques. En d'autres mots, ils font référence aux services qui exigent une forme quelconque de paiement. Les *coûts indirects* font référence aux autres conséquences économiques qui sont attribuables à des maladies ou des blessures et qui entraînent la perte de ressources mais n'exigent pas de paiement direct lié à la maladie. Ces coûts incluent les répercussions sur l'offre de main-d'œuvre, comme la valeur de la perte de production attribuable à la morbidité (c.-à-d. l'incapacité) ou à une mortalité prématurée – deux composantes qui sont prises en compte dans cette analyse. D'autres coûts indirects peuvent comprendre la valeur associée à la prestation de soins (formels et informels) et tout autre coût indirectement lié au problème de santé en cause.

Les *coûts intangibles* font référence à la détérioration du bien-être, aux troubles émotifs, à la douleur et autres formes de souffrance ainsi qu'à la mortalité prématurée qui sont attribuables aux maladies et aux blessures – ces coûts sont plus difficiles à évaluer. La détérioration de l'état de santé doit être mesurée et quantifiée à l'aide de méthodes fondées sur l'utilité, ou en termes monétaires. Les mesures fondées sur l'utilité allient la durée de vie et la qualité de vie à des mesures sur les années de vie ajustées sur la santé, comme les indicateurs QALY, HALY et DALY. D'autres méthodes, comme celles fondées sur la disposition à payer ou sur le bien-être, peuvent être utilisées pour déterminer la valeur monétaire de ces changements dans la qualité de vie.

Bien que les coûts associés aux maladies non transmissibles suscitent depuis peu un intérêt croissant à l'échelle internationale (p. ex. le rapport du Forum économique mondial) (3), il existe peu de documentation sur le fardeau économique global de l'ensemble des maladies transmissibles.

Comme on l'a déjà souligné, le projet Global Burden of Disease met l'accent sur tous les types de maladies et offre un outil utile pour établir des comparaisons entre des groupes de maladies, notamment avec et entre des maladies transmissibles, en utilisant la survie ajustée pour l'incapacité (DALY) comme indicateur de résultats. En Ontario, les chercheurs ont mené une étude sur le fardeau des maladies infectieuses sur la santé de la population (4). Cette étude a porté sur 51 maladies infectieuses et syndromes connexes et a permis de calculer les années de vie ajustées sur la santé (HALY) associées à ces maladies et syndromes. Elle a démontré que l'hépatite C représentait le fardeau le plus lourd en termes de HALY. Parmi les autres maladies représentant un lourd fardeau, mentionnons le VIH, les maladies d'origine alimentaire (p. ex. *Escherichia coli*) et les infections à *Clostridium difficile*. Il est toutefois difficile de comparer les résultats de ces différentes études, car leur méthodologie diffère.

La plupart des études sur le coût associés aux maladies portent sur une maladie précise, par exemple le VIH/sida au Canada (5,6). L'absence d'études approfondies sur le fardeau économique global des maladies transmissibles réduit la comparabilité des résultats entre les diverses études et maladies. À cela s'ajoutent des différences entre les études quant aux méthodes (p. ex. analyses fondées sur la prevalence ou sur l'incidence), aux composantes de coût et aux techniques de mesure et d'évaluation utilisées, ce qui limite l'utilisation globale des résultats.

La base de données *Le fardeau économique de la maladie au Canada* (FEMC) fournit des renseignements objectifs et comparables sur les coûts associés aux maladies et aux blessures au Canada pour 24 catégories de diagnostics (7). Ces catégories sont basées sur les codes de la Classification internationale des maladies (CIM) et sont décrites à l'annexe C du rapport Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005–2008. En 2008, le fardeau économique total des maladies et des blessures au Canada a été estimé à 188,9 milliards de dollars, les coûts directs représentant 91 % (172,0 milliards de dollars) et les coûts indirects 9 % (16,9 milliards de dollars) des coûts totaux. Cependant, seulement 50 % du fardeau économique total des maladies et des blessures, soit 94,5 des 188,9 milliards de dollars, a pu être ventilé par catégorie de diagnostics. Les coûts associés à chaque catégorie de diagnostics représentent donc une sous-estimation des coûts réels. La répartition générale des dépenses ne devrait toutefois pas différer considérablement. La majeure partie de cette analyse portera sur le pourcentage des coûts par rapport à l'ensemble des coûts répartis.

Les recherches établissent également un lien entre la santé et le statut socioéconomique. Les personnes se situant dans les groupes à plus faible revenu ont tendance à être en moins bonne santé et à faire davantage usage des ressources en santé que les personnes bénéficiant de revenu plus élevé (8). McIntosh *et al.* (9) ont observé un gradient presque linéaire dans l'ensemble des déciles de revenu, pour ce qui est de l'espérance de vie corrigée au Canada en fonction de la santé à l'âge de 25 ans, chez les hommes et les femmes. En d'autres mots, l'espérance de vie corrigée en fonction de la santé était moindre chez les personnes des déciles de revenu inférieurs que chez les personnes se classant dans les déciles de revenu supérieurs. Et ces disparités étaient sensiblement plus importantes que celles révélées par la seule mesure de l'espérance de vie. Par conséquent, pour brosser un tableau exact du fardeau

économique des maladies transmissibles, il est important de tenir compte également des coûts associés à ces inégalités.

L'objectif du présent document était d'évaluer le fardeau économique des maladies transmissibles au Canada et d'examiner les coûts des soins hospitaliers en fonction du statut socioéconomique afin de calculer les coûts associés aux inégalités, liés à l'utilisation du système de soins de santé. Cette analyse repose sur les données du rapport *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005–2008* (7).

Méthodologie

Sources des données

Les données utilisées pour cette analyse sont toutes extraites de la base de données *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005-2008* (FEMC) (7). Le FEMC utilise une approche fondée sur la prévalence pour estimer les coûts associés aux maladies et aux blessures sur une période d'un an. Les études sur les coûts associés aux maladies fondées sur la prévalence estiment le coût total d'une maladie au cours d'une année donnée, sans égard à la date d'apparition de cette maladie.

La base de données du FEMC utilise une approche descendante pour l'attribution des coûts directs (7). Cette approche consiste à utiliser les données sur les dépenses réelles, comme le coût total des soins hospitaliers, pour répartir les dépenses par catégorie de diagnostics à l'aide d'une clé d'utilisation. L'un des avantages de l'approche descendante est qu'elle permet de répartir l'ensemble des dépenses entre les différents groupes de maladies d'une manière mutuellement exclusive, ce qui élimine tout risque de double comptabilisation. Une explication détaillée des sources de données a déjà été publiée (7). L'année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles est 2008.

Analyse

Pour examiner les différences dans les dépenses associées aux soins de santé selon le groupe socioéconomique, nous avons besoin de données par quintile de revenu qui puissent également être ventilées par catégorie de diagnostics. Les données par quintile de revenu n'étaient disponibles que pour la majorité des frais d'hospitalisation et elles ont été obtenues à partir du Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) de Statistique Canada. Ce fichier utilise les codes postaux pour répartir les données socioéconomiques et démographiques, y compris le niveau de revenu, par région géographique. En 2008, le quintile supérieur de revenu correspondait aux ménages (composés d'au moins deux personnes) ayant un revenu supérieur à 122 500 $, alors que le quintile de revenu le plus faible faisait référence aux ménages dont le revenu était inférieur à 39 300 $. Le revenu minimal correspondant aux troisième et quatrième quintiles s'établissait respectivement à 61 400 $ et 86 100 $ (10).

Il convient de préciser que les données liées aux frais d'hospitalisation n'étaient pas toutes disponibles par quintile de revenu; c'est le cas notamment des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière et de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, qui ne figurent donc pas dans l'analyse des coûts par quintile de revenu. Les frais d'hospitalisation inclus dans l'analyse par quintile de revenu représentent 76 % des coûts totaux des soins hospitaliers selon le FEMC. On observe également de faibles différences (inférieures à 1 % pour les catégories des maladies transmissibles) entre les données du FEMC et les résultats de l'analyse fondée sur les quintiles de revenu par catégorie de diagnostics, car des données plus désagrégées ont été utilisées pour la répartition des coûts totaux dans la dernière analyse.

Comme on l'a mentionné, les données du FEMC sont classées par catégories uniques en fonction des codes de la CIM. Aux fins de la présente analyse, les maladies transmissibles s'entendent des maladies correspondant à deux catégories de diagnostics du FEMC, soit « Certaines maladies infectieuses et parasitaires » et « Infections respiratoires ». Ces maladies englobent l'ensemble des maladies mentionnées au chapitre I de la CIM (Maladies infectieuses et parasitaires), ainsi que les maladies indiquées dans certaines parties du chapitre VI (Maladies du système nerveux), du chapitre X (Maladies de l'appareil respiratoire) et du chapitre XIV (Maladies de l'appareil génito-urinaire) (voir l'**Annexe**). Les coûts associés à ces catégories de diagnostics ont ensuite été comparés au fardeau économique global pour l'ensemble des catégories de diagnostics.

Résultats

En 2008, les coûts totaux attribuables aux maladies transmissibles ont été estimés à 8,3 milliards de dollars, soit environ 9 % du fardeau total des maladies (voir le **Tableau 1**). Les coûts directs ont représenté 4,7 milliards de dollars (56 %) et les coûts indirects, 3,7 milliards de dollars (44 %) de ces coûts totaux. Les coûts indirects ont contribué dans une proportion beaucoup plus grande au fardeau économique des maladies transmissibles qu'ils n'ont contribué au fardeau économique global des maladies, ne représentant que 11 % du fardeau global.

Les soins hospitaliers constituaient la principale composante des coûts directs liés à l'ensemble des maladies transmissibles, représentant 39 % des coûts directs (**Tableau 1**); cette proportion est comparable à la proportion que représentent les soins hospitaliers dans les coûts directs associés à l'ensemble des diagnostics (46 %). Il n'en va toutefois pas de même pour les coûts directs associés aux infections respiratoires, pour lesquelles la majeure partie des coûts directs (43 %) sont liés aux soins médicaux.

Bien que les maladies transmissibles n'aient représenté que 9 % des coûts totaux, elles ont occasionné 6 % des coûts directs et 34 % des coûts indirects (**Tableau 2**). La plupart des coûts indirects liés aux maladies transmissibles sont attribuables aux coûts de morbidité, c'est-à-dire à la valeur de la perte de production due à la morbidité. Ainsi, 28 % des dépenses liées à la morbidité étaient attribuables à des infections respiratoires.

Les infections respiratoires ont été associées à des coûts indirects de plus de 2,8 milliards de dollars, le rhume et la grippe entraînant des coûts pour la société s'élevant respectivement

Tableau 1 : Coûts par catégorie de diagnostics et type de coûts (coûts répartis seulement), 2005–2008 (dollars courants)[1]

Catégorie de diagnostic	Certaines maladies infectieuses et parasitaires			Infections respiratoires			Ensemble des maladies transmissibles			Tous les autres diagnostics			Ensemble des coûts répartis		
	$ millions	coûts direct %	coûts totaux %	$ millions	coûts direct %	coûts totaux %	$ millions	coûts direct %	coûts totaux %	$ millions	coûts direct %	coûts totaux %	$ millions	coûts direct %	coûts totaux %
Soins hospitaliers	871.1	41.9	29.9	958.9	37.0	17.7	1 830.0	39.2	22.0	37 096.1	46.8	43.0	38 926.1	46.4	41.2
Soins médicaux	509.3	24.5	17.5	1 125.2	43.4	20.8	1 634.5	35.0	19.6	22 145.8	28.0	25.7	23 780.3	28.3	25.1
Médicaments	696.7	33.5	23.9	509.3	19.6	9.4	1 206.0	25.8	14.5	19 981.6	25.2	23.2	21 187.6	25.3	22.4
Coûts directs totaux	2 077.0		71.2	2 593.3		47.9	4 670.3		56.1	79 223.7		91.9	83 894.0		88.7
Morbidité	826.9	-	28.3	2 812.4	-	52.0	3 639.3	-	43.7	6 569.0	-	7.6	10 208.3	-	10.8
Mortalité	13.0	-	0.4	5.1	-	0.1	18.1	-	0.2	435.9	-	0.5	454.0	-	0.5
Coûts indirects totaux	839.9	-	28.8	2 817.6	-	52.1	3 657.5	-	43.9	7 004.8	-	8.1	10 662.3	-	11.3
Total	2 916.9			5 410.8			8 327.7			86 228.7			94 556.4		

Abréviations : $ = dollars canadien; % = pourcentage
[1]Source : Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005–2008 (7)

Tableau 2 : Coûts par type de coûts et catégorie de diagnostics (coûts répartis seulement), 2005–2008 (dollars courants)[1]

Catégories diagnostic	Soins hospitaliers		Médicaments		Soins médicaux		Coûts directs totaux		Morbidité		Mortalité		Coûts indirects totaux		Coûts totaux	
	$ (millions)	%	$ (millions)	%	$ (millions)	%	$ (millions)	%	$ (millions)	%	$ (millions)	%	$ (millions)	%	$ (millions)	
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	871,1	2,2	509,3	2,1	696,7	3,3	2 077,0	2,5	826,9	8,1	13,0	2,9	839,9	7,9	2 916,9	3,1
Infections respiratoires	958,9	2,5	1 125,2	4,7	509,3	2,4	2 593,3	3,1	2 812,4	27,6	5,1	1,1	2 817,6	26,4	5 410,8	5,7
Ensemble des maladies transmissibles	1 830,0	4,7	1 634,5	6,9	1 206,0	5,7	4 670,3	5,6	3 639,3	35,7	18,1	4,0	3 657,5	34,3	8 327,7	8,8
Autres catégories de diagnostics	37 096,1	95,3	22 145,8	93,1	19 981,6	94,3	79 223,7	94,4	6 569,0	64,3	435,9	96,0	7 004,8	65,7	86 228,7	91,2
Ensemble des coûts répartis	38 926,1		23 780,3		21 187,6		83 894,0		10 208,3		454,0		10 662,3		94 556,4	

Abréviations : $ = dollars canadien; % = pourcentage
[1]Source : Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005–2008 (7)

à 1,4 milliard et à 1 milliard de dollars en termes de perte de production. Bien que les coûts liés à la mortalité soient relativement faibles, la pneumonie, le VIH/sida et l'hépatite B ont représenté plus de 70 % de ces coûts.

Le **Tableau 3** présente les résultats par sous-catégorie de diagnostics et jette une lumière sur la contribution de certaines maladies transmissibles à l'ensemble du fardeau économique des maladies. Malheureusement, le manque de données n'a pas permis de répartir tous les coûts par sous-catégorie. Il a notamment été impossible de ventiler par sous-catégorie les coûts de la morbidité liée à « Certaines maladies infectieuses et parasitaires ». La pneumonie a été associée à la plus forte proportion des frais d'hospitalisation attribuables aux maladies transmissibles (34,7 %). L'hépatite B et la bronchite ont représenté respectivement 10 % et 11 % des coûts des médicaments pour des maladies transmissibles, et 16 % des coûts des soins médicaux liés à ces maladies ont été attribués au rhume.

La répartition des frais d'hospitalisation par quintile de revenu n'a été établie qu'en fonction de l'ensemble des problèmes de santé et des maladies transmissibles. Dans les deux cas, les coûts associés aux soins hospitaliers ont diminué avec la hausse du revenu. En ce qui a trait à l'ensemble des problèmes de santé (**Figure 1**), 24 % des coûts ont été associés aux personnes se situant dans le quintile de revenu inférieur, contre seulement

Tableau 3 : Coûts directs et indirects associés aux maladies transmissibles, au Canada, 2005–2008 (dollars courants)[1]

Catégorie de diagnostic	Coûts directs								Coûts indirects						Coûts totaux	
	Soins hospitaliers		Médicaments		Soins médicaux		Coûts directs totaux		Morbidité		Mortalité		Coûts indirects totaux			
	$ (millions)	%	$ (millions)	%	$ (millions)	%	$ (millions)	%	$ (millions)	%	$ (millions)	%	$ (millions)	%	$ (millions)	%
Certaines maladies infectieuses et parasitaires																
Tuberculose	24.6	1.3	1.8	0.1	9.1	0.6	35.5	0.8	-	-	0.2	1.1	0.2	-	35.7	0.4
Infections transmissibles sexuellement	25.5	1.4	10.3	0.9	12.9	0.8	48.7	1	-	-	-	-	-	-	48.7	0.6
VIH/sida	35.7	2	96.8	8	8	0.5	140.5	3	-	-	4.7	26	4.7	0.1	145.2	1.7
Maladies diarrhéiques	159.9	8.7	43.9	3.6	82.9	5.1	286.7	6.1	-	-	0.4	2.2	0.4	-	287.1	3.4
Certaines maladies évitables par la vaccination	5.7	0.3	1.6	0.1	11.6	0.7	18.9	0.4	-	-	-	-	0	-	18.9	0.2
Méningite	22.2	1.2	0.5	-	5.3	0.3	28	0.6	-	-	0.4	2.2	0.4	-	28.4	0.3
Hépatite A	0.6	-	-	-	0.3	-	0.9	0	-	-	-	0	-	-	0.9	0
Hépatite B	2.7	0.1	125.2	10	1.4	0.1	129.3	2.8	-	-	0.4	2.2	0.4	-	129.7	1.6
Hépatite C	5.3	0.3	-	0	-	0	5.3	0.1	-	-	3	17	3	0.1	8.3	0.1
Paludisme	1.2	0.1	1.4	0.1	0.5	-	3.1	0.1	-	-	-	-	-	-	3.1	-
Maladies tropicales	0.2	0	-	-	0.2	-	0.4	-	-	-	-	-	-	-	0.4	-
Lèpre	0.3	-	-	-	0.9	-	1.2	-	-	-	-	-	-	-	1.2	-
Dengue	0.1	-	-	-	-	-	0.1	-	-	-	-	-	-	-	0.1	-
Encéphalite	14.4	0.8	-	-	1.5	0.1	15.9	0.3	-	-	0.1	0.6	0.1	-	16	0.2
Trachome	0	-	-	-	0.1	-	0.1	-	-	-	-	-	-	-	0.1	-
Infections à nématodes intestinaux	0.4	-	0.5	0	0.8	-	1.7	-	-	-	-	-	-	-	1.7	-
Brucellose	0.1	-	-	0	0.1	-	0.1	-	-	-	-	-	-	-	0.2	-
Rage	0	-	-	0	0.2	-	0.2	-	-	-	-	-	-	-	0.2	-
Mononucléose infectieuse	5.6	0.3	0.4	0	6	0.4	12	0.3	-	-	-	-	-	-	12	0.1
Virus du Nil occidental	2.5	0.1	-	0	-	-	2.5	0.1	-	-	-	-	-	-	2.5	-
Listériose	2.7	0.1	-	0	-	-	2.7	0.1	-	-	-	-	-	-	2.7	-
Autres maladies infectieuses	561.5	31	414.3	34	367.5	23	1,343.30	29	-	-	3.7	21	3.7	0.1	1,347	16
Autres/non classées ailleurs	-	-	-	0	-	0	-	-	826.9	22	-	0	826.9	23	826.9	9.9
Total - Maladies infectieuses et parasitaires	871.1	48	696.7	58	509.3	31	2077.2	45	826.9	22	12.9	72	839.8	23	2917	35
Infections respiratoires																
Pneumonie	634.1	35	47.1	3.9	111.6	6.8	792.8	17	-	0	4.9	27	4.9	0.1	797.7	9.6
Grippe	14.9	0.8	9.1	0.8	36.2	2.2	60.2	1.3	969.5	26	0.1	0.6	969.6	27	1,029.80	12
Bronchite et bronchiolite	91.5	5	134.6	11	146.7	9	372.8	8	-	0	-	0	-	-	372.8	4.5
Rhume	1.6	0.1	18.7	1.6	257.4	16	277.7	5.9	1,466.80	40	-	0	1466.8	40	1744.5	21
Otite moyenne	51.1	2.8	74.3	6.2	203.8	13	329.2	7	-	0	-	0	-	0	329.2	4
Autres infections respiratoires	165.6	9	225.4	19	369.5	23	760.5	16	0.1	0	0.1	0.6	0.1	0	760.6	9.1
Autres/non classées ailleurs	-	-	-	-	-	-	-	-	376.1	10	-	0	376.1	10	376.1	4.5
Infections respiratoires	958.8	52	509.3	42	1125.2	69	2,593.20	56	2812.4	76	5.1	28	2,817.60	77	5,410.70	65
Total (Ensemble des maladies transmissibles)	**1,830.00**		**1,205.90**		**1,634.50**		**4,670.40**		**3,693.3**		**18**		**3,657.40**		**8327.7**	

Abréviations : $ = dollars canadien; % = pourcentage

[1]Source : *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005–2008* (7)

17 % des coûts pour les personnes dans le quintile de revenu supérieur.

Un gradient plus marqué a été observé dans le cas de la relation entre les coûts associés aux maladies transmissibles et le revenu. Ainsi, les personnes se situant dans le quintile de revenu supérieur ont représenté 16 % des coûts associés aux soins hospitaliers, contre 27 % pour les personnes du quintile de revenu le plus faible (**Figure 2**). Pour l'ensemble des problèmes de santé, les coûts pour les personnes se situant dans le quintile de revenu le plus faible ont été de 43 % supérieurs à ceux pour les personnes du quintile de revenu le plus élevé. Dans le cas des maladies transmissibles, les coûts pour les personnes se situant dans le quintile de revenu le plus faible ont été de 73 % supérieurs à ceux liés aux personnes du quintile de revenu le plus élevé.

Figure 1 : Frais d'hospitalisation pour l'ensemble des problèmes de santé, par quintile de revenu

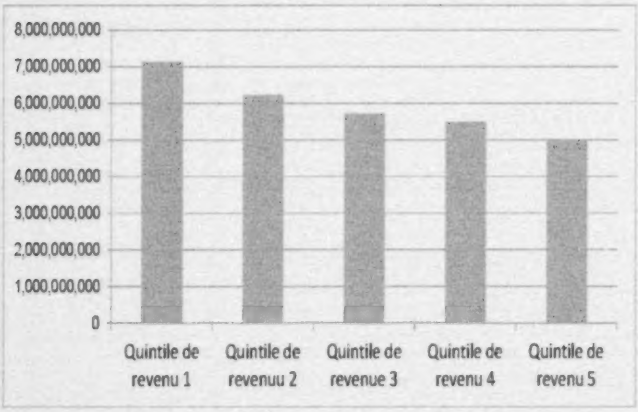
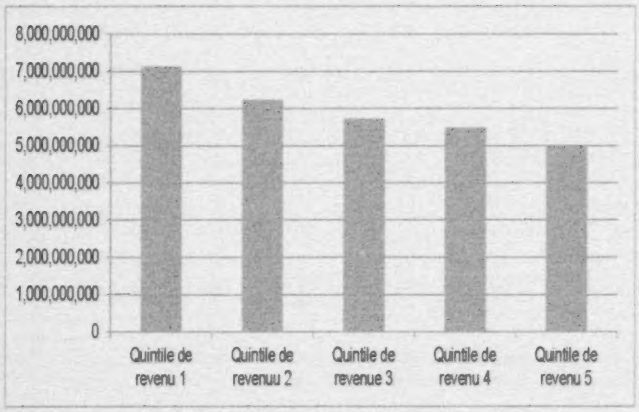


Figure 2 : Frais d'hospitalisation associés aux maladies transmissibles, par quintile de revenu



Le fardeau lié à ces inégalités socioéconomiques peut être calculé à partir de la différence entre les coûts associés au quintile le plus élevé des personnes et les coûts liés à chaque quintile successif. En utilisant cette méthode, le fardeau économique lié aux inégalités socioéconomiques a été estimé à 307,5 millions de dollars, pour ce qui est des frais d'hospitalisation associés aux maladies transmissibles. Le fardeau associé aux frais d'hospitalisation liés à l'ensemble des problèmes de santé s'est chiffré à 4,6 milliards de dollars.

Discussion

En 2008, le fardeau économique des maladies transmissibles au Canada a été estimé à 8,3 milliards de dollars, soit 9 % du fardeau économique total de la maladie au Canada. Les maladies transmissibles ont été la cause de 6 % de tous les coûts directs et de 34 % de tous les coûts indirects, ce qui témoigne de l'importance de l'incapacité associée aux maladies comme le VIH et l'hépatite. La recherche a également montré un gradient manifeste entre les coûts des soins hospitaliers et le revenu; ce gradient témoigne des inégalités associées au fardeau de ces maladies et était beaucoup plus marqué dans le cas des maladies transmissibles que des maladies non transmissibles. Dans le cas des maladies transmissibles, les coûts pour les personnes se situant dans le quintile de revenu le plus faible ont été de 73 % supérieurs à ceux liés aux personnes du quintile de revenu le plus élevé. La majorité des coûts associés aux maladies transmissibles ont été attribués aux infections respiratoires, notamment à la grippe et au rhume. Ces infections ont été la cause de 56 % des coûts directs et de 77 % des coûts indirects. Les résultats indiquant un gradient socioéconomique lié aux frais d'hospitalisation sont compatibles avec les résultats de recherches précédentes sur la relation entre le statut socioéconomique et l'utilisation des ressources en santé ou le besoin en ressources (8,9). En raison des données agrégées utilisées, on ne peut présumer d'une relation de cause à effet entre le revenu et l'état de santé; cependant, d'autres preuves laissent entendre que le lien directionnel va généralement du revenu à la santé, et non dans le sens inverse (11-13).

Limites

L'une des principales limites de cette étude tient au fait qu'elle n'inclut pas tous les coûts économiques pouvant être liés aux maladies transmissibles. Le FEMC de 2008 n'incluait que les coûts directs et indirects associés aux maladies et n'a pas tenu compte de la valeur de la douleur et de la souffrance ni de la valeur de la vie en soi.

Une deuxième limite réside dans le fait que les coûts directs et indirects inclus dans cette analyse ne sont pas complets, puisque bon nombre des coûts – directs et indirects – associés aux maladies n'ont pu être correctement attribués à une maladie précise. C'est le cas notamment de certains coûts associés aux soins hospitaliers, aux médicaments et aux soins médicaux; de plus, des catégories entières ont été exclues, notamment les dépenses en santé publique. De même, certaines composantes importantes ont été exclues de l'analyse des inégalités, notamment les dépenses de santé remboursables et les dépenses pour les soins primaires, les médicaments et les services non assurés. Ces dépenses peuvent être utilisées en remplacement des données sur les services hospitaliers, et leur inclusion aurait brossé un tableau plus exact des inégalités.

La perte de production due au « présentéisme » a aussi été exclue de l'analyse. Le « présentéisme » désigne le fait pour un employé de se présenter au travail, mais de travailler à un niveau de productivité inférieur à 100 % en raison d'une maladie. Ce facteur pourrait être important dans le cas des maladies infectieuses, car les personnes atteintes de ces maladies pourraient être moins susceptibles de s'absenter du travail et pourraient décider d'aller travailler, à un niveau de productivité réduit. De plus, les personnes infectées qui se présentent au travail risquent davantage de propager l'infection et de toucher ainsi de nombreuses personnes au sein de leur organisation.

Une troisième limite de cette étude tient aux diagnostics, aux comorbidités et à l'exclusion des séquelles associées aux maladies transmissibles. Les coûts directs ont tous été attribués aux diagnostics primaires et ne pouvaient donc pas prendre en compte toutes les répercussions des maladies transmissibles sur les dépenses. À titre d'exemple, un grand nombre d'hospitalisations et de décès attribuables à la grippe ne sont pas diagnostiqués comme tels. De nombreuses maladies infectieuses ont de multiples séquelles chroniques comme le cancer, les maladies du foie et l'infertilité, et une grande proportion d'infections asymptomatiques peuvent être attribuées à tort à des maladies chroniques non infectieuses dans les données sur la mortalité ou même sur la morbidité.

Toutes ces limites peuvent avoir pour effet de sous-estimer les coûts totaux réels associés aux maladies transmissibles. Les résultats de la présente étude peuvent donc être qualifiés de prudents.

Conclusion

En conclusion, les coûts associés aux maladies transmissibles sont importants, et le fardeau lié aux soins hospitaliers est plus élevé pour les personnes à faible revenu que pour celles ayant un revenu plus élevé. D'autres recherches devront être menées pour mieux comprendre les coûts directs et indirects associés aux maladies transmissibles et pour voir si ces résultats ont changé au cours des dernières années. Des travaux sont en cours afin de mieux cerner les frais d'hospitalisation associés aux comorbidités, notamment en ce qui concerne les complications des maladies transmissibles et les effets indésirables des traitements, comme ceux découlant de la résistance aux antimicrobiens et les coûts s'y rapportant. Il s'impose également d'approfondir les recherches sur le coût réel de la perte de production, et notamment de mieux estimer les coûts liés aux incapacités et au présentéisme. De meilleures estimations du fardeau économique des maladies transmissibles pourraient permettre d'améliorer la qualité des évaluations économiques, et assurer ainsi une affectation optimale des rares ressources en santé à la lutte contre les maladies transmissibles.

Remerciements

Les auteurs remercient les membres suivants de l'équipe Économie de la santé de la population de l'Agence de la santé publique du Canada qui a produit le rapport *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005–2008* (7) : Ken Eng, Christine A. Kennedy, Patricia W. Lau, Sameer Rajbhandary, Erin L. Schock et Serge Tanguay.

Les auteurs souhaitent également remercier deux examinateurs anonymes pour leurs précieux commentaires concernant une version antérieure du présent document. Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et toute erreur qui pourrait subsister relève de leur entière responsabilité.

Conflit d'intérêts

Aucun.

Références

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global burden of disease (GBD). Seattle (WA): The Institute; 2013. http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/
2. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. A/RES/70/1. Geneve (CH): UN; 2015 Sep 25. https://Sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld
3. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva (CH): World Economic Forum; 2011.
4. Kwong JC, Ratnasingham S, Campitelli MA, Daneman N, Deeks SL, Manuel DG, et. al. The impact of infection on population health: results of the Ontario Burden of Infectious Diseases Study. Plos One. 2012 7(9):e44103. doi: 10.1371/journal.pone.0044103. http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0044103
5. Dodds C, Colman R, Amaratunga C, Wilson J. The cost of HIV/AIDS in Canada. Glen Haven (NS): GPI Atlantic, Canada; 2001
6. Kingtson-Reichers J. The economic costs of HIV/AIDS in Canada. Ottawa (ON): The Canadian AIDS Society; 2011. (Disponible en français : http://www.cdnaids.ca/files.nsf/pages/lecouteconomiqueduvih-sidaaucanada/$file/Le%20co%C3%BBt%20%C3%A9conomique%20du%20VIH-sida%20au%20Canada.pdf).
7. Public Health Agency of Canada.The Economic Burden of Illness in Canada, 2005–2008. Ottawa (ON): The Agency; 2014. (Disponible en français : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ebic-femc/2005-2008/index-fra.php)
8. LaVeist TA, Gaskin DJ, Richard P. The Economic Burden of health inequalities in the United States. Washington (DC): The Joint Center for Health Policy Institute; 2009.

9. McIntosh CN, Finès P, Wilkins R, Wolfson MC. Income disparities in health-adjusted life expectancy for Canadian adults, 1991 to 2001. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2009. Catalogue no. 82-003-XPE. (Disponible en français : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11700/ref-fra.htm)
10. Statistics Canada. Income in Canada . Ottawa (ON): Statistics Canada; [modified: 2012-06-18. Catalogue no. 75-202-X, 2010. (Disponible en français : http://www.statcan.gc.ca/pub/75-202-x/2010000/analysis-analyses-fra.htm).
11. Phipps S. The Impact of poverty on health: a scan of research literature. Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information; 2003. (Disponible en français : https://secure.cihi.ca/free_products/CPHIImpactonPoverty_f.pdf)
12. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. Soc Sci Med. 2015;128:316-26.
13. Marmot M. The influence of income on health: views of an epidemiologist. Health Aff (Millwood). 2002;21:31-46.

Annexe : Chapitres de la Classification internationale des maladies (CIM)[1] portant sur des maladies transmissibles

Chapitre	Code	Partie
Chapitre I de la CIM : Certaines maladies infectieuses et parasitaires	A00–B99	Tout le chapitre
Chapitre VI de la CIM : Maladies du système nerveux	G00	Méningite bactérienne, non classée ailleurs
	G03	Méningite due à des causes autres et non précisées
	G04	Encéphalite, myélite et encéphalomyélite
	G05	Encéphalite, myélite et encéphalomyélite au cours d'affections classées ailleurs
Chapitre X de la CIM : Maladies de l'appareil respiratoire	J00–J06	Affections aiguës des voies respiratoires supérieures
	J09–J18	Grippe et pneumonie
	J20–J22	Autres affections aiguës des voies respiratoires inférieures
Chapitre XIV de la CIM : Maladies de l'appareil génito-urinaire	N70–N73	Salpingite et ovarite Affections inflammatoires de l'utérus, à l'exception du col Affections inflammatoires du col de l'utérus Autres affections inflammatoires pelviennes de la femme

[1]Source : *World Health Organization (2004), International statistical classification of Diseases and health related problems: Tenth Revision. Geneva*

Que peut faire la santé publique pour régler les injustices liées aux maladies infectieuses?

Moloughney BW[1,2]*

Affiliations

[1]BWM Health Consultants Inc., Newmarket (Ontario)

[2]Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

***Correspondance :** brent.moloughney@rogers.com

Résumé

Contexte : La reconnaissance de l'importance des conditions sociales permet d'éclairer les interventions précoces en santé publique liées aux épidémies de maladies infectieuses. En influençant l'exposition, la vulnérabilité et l'accès aux services de santé, les déterminants sociaux de la santé continuent de causer des inégalités dans la répartition des maladies infectieuses. Ces inégalités évitables et injustes sont considérées comme des *injustices*.

Analyse : Un certain nombre de défis et d'obstacles empêchent l'adoption plus vaste de mesures de santé publique visant à lutter contre les déterminants sociaux de la santé et les injustices, y compris un manque de clarté sur ce que la santé publique devrait ou pourrait faire. Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) a défini quatre rôles principaux quant aux mesures de santé publique visant les déterminants sociaux de la santé et les injustices. Le présent document décrit ces rôles et comprend des exemples de leur application au domaine des maladies infectieuses. Il souligne également la contribution précieuse apportée par les organisations, qui jouent un rôle de leaders et de soutien pour que les représentants des programmes et les employés continuent de prendre des mesures relativement aux déterminants sociaux de la santé et aux injustices.

Conclusion : Bien que le défi soit vaste et complexe, les approches comme la définition des rôles du CCNDS pour l'adoption de mesures de santé publique permettent de dresser une liste d'options qui facilite l'analyse et la prise de mesures visant à lutter contre les déterminants sociaux de la santé et les injustices liées aux maladies infectieuses.

Citation proposée : *Moloughney BW. Que peut faire la santé publique pour régler les injustices liées aux maladies infectieuses? Relevé des maladies transmissibles au Canada 2016;42-Suppl 1:S16-20.*

Introduction

La santé publique moderne a vu le jour en réponse aux épidémies qui sont survenues après le début de la révolution industrielle. La migration de masse vers les villes, les mauvaises conditions de vie résultant du surpeuplement et des logements mal ventilés, l'eau potable contaminée et l'élimination inconsidérée des eaux usées ont causé la propagation de maladies infectieuses. Les différences marquées du taux de mortalité entre les groupes de population ont déclenché un mouvement de défense des droits visant l'adoption de mesures sanitaires pour améliorer les conditions de vie des pauvres (1).

De nos jours, ces conditions sont appelées les « déterminants sociaux de la santé » et sont définis comme étant les « facteurs sociaux, politiques et économiques interdépendants qui créent les conditions dans lesquelles les gens vivent, apprennent, travaillent et jouent » (2). Les injustices en matière de santé sont, pour leur part, des inégalités en matière de santé associées à des désavantages sociaux injustes et susceptibles d'être modifiés (2). De la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (3) au *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes* (4) et aux contributions à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (5), le Canada a mis l'accent sur l'importance des déterminants de la santé et des injustices à l'échelle internationale. Néanmoins, il se peut que les professionnels de la santé et les organisations de santé publique trouvent difficile de savoir exactement ce qu'ils devraient et ce qu'ils peuvent faire pour lutter contre les injustices (6). Tout en reconnaissant la complexité du problème et les obstacles associés au fait de s'attaquer aux questions d'équité en matière de santé, le présent document décrit un ensemble de rôles de santé publique qui devraient être adoptés si l'on veut lutter contre les injustices dans le contexte des maladies infectieuses.

Analyse

La distinction entre les inégalités et les injustices en matière de santé est importante. Les inégalités en matière de santé sont les différences mesurables sur le plan de la santé entre les personnes, les groupes ou les collectivités (2). Par exemple, le taux de la maladie X dans une population Y diffère de son taux dans une population Z.

Tel qu'il a été défini plus tôt, les injustices en matière de santé sont des inégalités liées à des différences résultant de désavantages sociaux modifiables que de nombreuses personnes jugent inéquitables (2). Le concept de l'équité en matière de santé est lié à un engagement envers la justice sociale et les

droits de la personne fondamentaux, comme celui de l'accès à de l'eau potable, à de la nourriture, à l'éducation et à des soins de santé (7).

Une façon d'envisager la manière dont les déterminants sociaux de la santé influent sur la maladie est de considérer comment ils influent sur l'exposition, la vulnérabilité et l'accès aux services de santé (8). Les déterminants sociaux de la santé ont une incidence sur ces trois aspects dans le cas de la tuberculose, par exemple : ils augmentent le risque d'exposition lorsque les gens vivent dans des logements surpeuplés et mal ventilés; et ils augmentent la vulnérabilité à l'infection lorsque l'apport nutritionnel est inadéquat; ils diminuent l'accès aux services de santé (9). Même dans un pays comme le Canada, qui a mis en place un programme universel de soins de santé, les problèmes d'accès comprennent la disponibilité des fournisseurs de soins de santé et de l'équipement de diagnostic dans les régions éloignées; les obstacles liés au paiement pour certaines classes de demandeurs réfugiés; les coûts de transport et ceux associés aux heures de travail manquées pour se rendre à des rendez-vous; et le niveau de confiance envers les professionnels de la santé (10).

Bien que la tuberculose ne soit plus courante au Canada, le taux d'incidence de la tuberculose active chez les Autochtones nés au Canada est 34 fois plus élevé que chez Canadiens non autochtones (11). Comme la tuberculose peut être évitée et guérie, les inégalités afférentes aux taux d'incidence de cette maladie chez les Autochtones reflètent une injustice en matière de santé. Il existe également des injustices liées à la tuberculose dans le cas des personnes nées à l'étranger. Par exemple, l'ampleur des obstacles associés aux déterminants sociaux de la santé pour l'accès aux soins de santé chez cette population a poussé le bureau de santé publique de Toronto à embaucher un travailleur social pour son programme de lutte contre la tuberculose pour traiter des questions de logement, de revenu et d'immigration (10).

L'analyse de l'incidence des déterminants sociaux de la santé sur l'exposition, la vulnérabilité et l'accès aux services de santé s'applique à d'autres maladies infectieuses. La compréhension ne garantit toutefois pas l'efficacité des mesures prises. Une analyse du contexte menée par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) en 2010 a révélé qu'il existe de nombreux obstacles à une prise de mesures de santé publique plus répandues pour lutter contre les déterminants sociaux de la santé et les injustices (6):

- le manque de clarté sur ce que la santé publique devrait ou pourrait faire;
- les données probantes limitées sur ce qui fonctionne pour atténuer les effets des déterminants sociaux de la santé sur la santé;
- les préoccupations concernant les approches axées sur le comportement et le mode de vie;
- les caractéristiques bureaucratiques de l'organisation;
- les limites de la capacité organisationnelle;
- le besoin de leadership, d'une communication plus efficace et de contextes politiques favorables.

L'une des principales conclusions de l'analyse du CCNDS était que, bien que les analyses et les mesures liées aux déterminants de la santé et aux injustices ne soient pas nouvelles dans le domaine de la santé publique, les approches adoptées pour lutter contre ceux-ci n'ont jamais été institutionnalisées ou ont été abandonnées en raison d'autres types de pressions (6). Pour régler ce problème, le CCNDS a recommandé que l'on définisse quatre rôles principaux de la santé publique, que le centre a adoptés pour orienter son travail de transfert de connaissances visant à faire progresser les mesures liées aux déterminants sociaux de la santé et l'équité en matière de santé grâce aux pratiques et aux politiques de santé publique (12). Ces rôles sont décrits ci-dessous.

Évaluer l'existence et les répercussions des injustices en matière de santé ainsi que des stratégies efficaces pour les réduire, et en faire rapport

Le rôle de l'évaluation et des rapports sur les injustices en matière de santé et sur les stratégies efficaces pour réduire leur prévalence et leurs répercussions incombe le plus naturellement aux organisations de santé publique et est essentiel si l'on veut étayer les mesures prises dans le contexte des trois autres rôles. De récents exemples appliqués au domaine des maladies infectieuses comprennent, sans y être limités, le rapport de 2013 de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, qui fait ressortir les inégalités liées à la tuberculose (11), ainsi que le rapport de la ville de Toronto qui souligne les injustices au chapitre des taux de chlamydiose chez les jeunes de cette ville (13).

Ces deux rapports contiennent des directives de haut niveau quant à la manière d'établir des étapes pour répondre aux injustices observées. Au cours de l'analyse du contexte menée par le CCNDS, bon nombre de répondants clés ont indiqué que la santé publique doit aller au-delà de la simple description des injustices et prendre des mesures pour y remédier (6), ce qui constitue l'objectif des trois rôles suivants.

Modifier et orienter les interventions et les services pour aider à réduire les injustices, avec une compréhension des besoins uniques des populations qui subissent la marginalisation

La compréhension des besoins uniques de populations concerne le fait de veiller à ce que la planification des interventions et des services en matière de santé publique considère les injustices et y réponde. L'une des approches de plus en plus fréquemment adoptées consiste, pour les organisations, à intégrer des évaluations de l'équité dans leur cycle de planification opérationnelle (14). Un excellent exemple de cette pratique est la vérification menée par Saskatoon Population and Public Health de son programme d'immunisation, qui a permis de déceler des différences marquées entre voisinages dans les taux de couverture vaccinale, les taux d'immunisation les plus faibles étant observés chez les voisinages affichant les plus faibles revenus (15). Des changements de pratique subséquents, y compris la redistribution des ressources du programme et le recours à des rappels pour les parents ou le personnel de garde, ont été associés à des réductions des différences dans les taux de couverture vaccinale chez les différents voisinages (16).

Établir des partenariats avec d'autres organisations gouvernementales ou communautaires pour relever des façons d'améliorer les résultats sur la santé chez des populations qui subissent à la marginalisation

En raison des interdépendances complexes des déterminants sociaux de la santé, bon nombre d'organisations, outre celles qui œuvrent dans le domaine de la santé publique, travaillent pour répondre aux besoins de populations particulières. Néanmoins, en raison de la diversité des mandats et des objectifs, ainsi que de l'omniprésence des déterminants sociaux de la santé, les obstacles et les lacunes afférents aux services persistent. Une meilleure coordination et une planification conjointe par les acteurs au sein du système sont nécessaires si l'on veut éviter ces lacunes et y remédier. Par exemple, au Manitoba, une table ronde tripartite a été mise sur pied pendant et après la pandémie due au virus H1N1. À celle-ci participaient le gouvernement provincial, le gouvernement fédéral, l'Assembly of Manitoba Chiefs, la Manitoba Metis Federation Inc. et des représentants d'autorités sanitaires régionales, qui, tous, se sont efforcés d'améliorer la communication et la coordination entre les parties et ont réussi à atteindre un consensus sur bon nombre de questions (17). De tels partenariats devraient nous mener à une prestation de services plus efficace et plus efficiente.

Diriger, soutenir et participer, avec d'autres organisations, à l'analyse et à l'élaboration de politiques, ainsi qu'à la défense des droits pour une amélioration des déterminants de la santé et des questions de justice

La participation à l'élaboration de politiques et à la défense des droits est un rôle clé pour les organisations de santé publique, car un changement structurel des déterminants sociaux de la santé a des répercussions potentielles des plus importantes sur la santé de la population (18). Les politiques peuvent cibler une ou plusieurs des incidences de déterminants sociaux de la santé sur l'exposition, la vulnérabilité ou l'accès aux services. Par exemple, le rapport du dirigeant de santé de la province de la Colombie-Britannique, intitulé *HIV, Stigma and Society: Tackling a Complex Epidemic and Renewing HIV Prevention of Gay and Bisexual Men in British Columbia* (19) identifie plusieurs sous-populations qui sont plus vulnérables en raison de facteurs sociaux, politiques et environnementaux. La stigmatisation, le harcèlement verbal et la violence entraînent divers risques pour la santé, notamment davantage de comportements sexuels à risque et des obstacles plus importants à l'accès à des soins de santé appropriés, ainsi qu'une plus forte probabilité de piètres résultats en matière de santé mentale. Le dirigeant provincial de la santé recommande d'améliorer les facteurs de protection comme une éducation de la santé en matière de sexualité complète et inclusive qui conteste la stigmatisation et améliore les compétences en matière de prise de décisions; l'amélioration et l'extension des soins de santé offerts aux personnes séropositives; progrès au chapitre du soutien aux services de santé mentale et aux services aux personnes qui consomment des substances; et la révision des lignes directrices afférentes aux poursuites qui concernent le VIH (19).

Surmonter les obstacles à la prise de mesures

Les rôles proposés par le CCNDS prennent en considération ce que les organisations de santé publique peuvent faire pour traiter la question des déterminants sociaux de la santé et les injustices en santé, qui comprennent également les maladies infectieuses. Malgré l'historique de la santé publique et toutes nos connaissances sur les déterminants sociaux de la santé et les injustices en santé, la perception selon laquelle la réponse aux déterminants sociaux de la santé et aux injustices exigerait du temps supplémentaire pour les organisations de santé publique représente un autre obstacle à la prise de mesures (6). Pour régler cette question, les administrations incorporent de plus en plus des attentes explicites dans leurs programmes et normes fondamentaux. Par exemple, les programmes provinciaux de santé publique suivants ont incorporé l'atténuation des injustices dans le mandat de leurs responsables d'activités de santé publique :

Programme national de santé publique du Québec (20)

- Parmi les principales stratégies figurent le développement communautaire et la participation à des mesures intersectorielles visant à promouvoir la santé et le soutien aux groupes vulnérables

A Framework for Core Functions in Public Health (C.-B.) (21)

- Le document comprend une « lentille » à travers laquelle on peut évaluer les injustices en matière de santé et y répondre
- Il relève huit manières dont les organisations de santé publique pourraient contribuer à réduire les inégalités en matière de santé

Normes de santé publique de l'Ontario (22)

- Le document établit que le traitement des déterminants de la santé et l'allégement des injustices sont des aspects fondamentaux du travail de santé publique
- L'une des exigences clés est d'identifier les populations locales prioritaires et de travailler auprès d'elles

Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse (23)

- Le document incorpore les quatre rôles définis par le CCNDS (évaluer l'existence et les répercussions des injustices en matière de santé ainsi que des stratégies efficaces pour les réduire, et en faire rapport; modifier et orienter les interventions et les services pour aider à réduire les injustices, avec une compréhension des besoins uniques des populations qui font face à la marginalisation; établir des partenariats avec d'autres organisations gouvernementales ou communautaires pour relever des façons d'améliorer les résultats sur la santé chez des populations qui font face à la marginalisation; surmonter les obstacles à la prise de mesures) au sein d'une même norme générale.

Lorsque les normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse ont été élaborées, on a relevé un défi concret auquel est confronté le personnel chargé de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses lorsqu'il veut étendre son action aux déterminants sociaux de la santé et aux injustices. Tandis que les professionnels de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses possèdent des connaissances fondamentales et s'appuient sur des intuitions pour étayer la compréhension et la prise de mesures afférentes aux déterminants sociaux de la santé qui entraînent des résultats néfastes sur la santé, les demandes opérationnelles associées aux responsabilités quotidiennes limitent le temps disponible pour mettre en œuvre de telles mesures. L'une des approches proposées était, pour les organisations, de soutenir ce personnel en contribuant aux initiatives liées aux déterminants sociaux de la santé, tandis qu'un personnel d'un autre secteur de l'organisation, comme des agents de promotion de la santé, pourrait se consacrer exclusivement à la mise en œuvre de mesures à plus long terme destinées à influer sur ces déterminants par l'entremise de politiques publiques plus saines et d'autres stratégies.

Conclusion

La prise de mesures sur les déterminants sociaux de la santé et pour répondre aux injustices fait partie intégrante des pratiques de la santé publique. De telles mesures sont reflétées dans l'historique de la santé publique qui sont décrites dans des rapports de référence qui remontent à des décennies et sont explicitement incluses dans des programmes de base. Bien qu'un certain nombre d'obstacles existent, les principaux rôles des organisations de santé publique pour la prise de mesures ont été relevés et appliqués aux maladies infectieuses et à d'autres types d'état de santé.

Tandis que les mesures concernant les déterminants sociaux de la santé et les injustices reposent sur les professionnels de la santé, les mesures de santé publique reflètent de façon prédominante les processus et les résultats au niveau organisationnel (6). Par exemple, la production d'un rapport qui souligne les injustices ou fait état de partenariats avec d'autres secteurs visant à mettre en œuvre des changements de politiques exige une décision délibérée au niveau organisationnel. Le fait de remplir l'un des quatre rôles définis par le CCNDS exige le leadership nécessaire pour établir des priorités, attribuer des ressources, façonner des comportements et des attitudes, éduquer le public et les décideurs et instaurer la capacité de l'organisation à entreprendre ce travail (6).

Au niveau systémique, il est également nécessaire que l'on fasse preuve de leadership et de bonnes habiletés de communication si l'on veut rendre les rôles et responsabilités en matière de santé publique explicites et offrir l'appui politique nécessaire à l'engagement et à la prise de mesures dans ce domaine. Bien que le défi soit vaste et complexe, les approches comme la définition des rôles du CCNDS pour l'adoption de mesures de santé publique permettent de dresser une liste d'options qui facilite l'analyse et la prise de mesures visant à lutter contre les déterminants sociaux de la santé et les injustices liées aux maladies infectieuses.

Conflit d'intérêts

Aucun.

Références

1. Susser M, Stein Z. The British Sanitary Movement: Edwin Chadwick. In: Susser M, Stein Z, editors. Eras in epidemiology: the evolution of ideas. New York: Oxford Scholarship Online; 2009. http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195300666.001.0001/acprof-9780195300666-chapter-6.
2. National Collaborating Centre for Determinants of Health. Glossary of essential health equity terms. Antigonish (NS): NCCDH, St. Francis Xavier University; 2014. (Disponible en français : http://nccdh.ca/images/uploads/Glossary_FR_Feb_26.pdf).
3. World Health Organization; Health and Welfare Canada; Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva (CH): WHO; 1986.(Disponible en français : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/index-fra.php).
4. Federal Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. Report on the Health of Canadians . Ottawa (ON): Health Canada; 1996. (Disponible en français : http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-385-1996-1F.pdf).
5. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008. (Disponible en français : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/).
6. National Collaborating Centre for Determinants of Health. Integrating social determinants of health and health equity into Canadian public health practice: environmental scan 2010. Antigonish (NS): National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University; 2010. (Disponible en français : http://nccdh.ca/images/uploads/Environ_Report_FR.pdf).
7. Moffatt H, Ndumbe-Eyoh S. Let's talk: health equity. Antigonish (NS): National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University; 2013. (Disponible en français : http://nccdh.ca/images/uploads/L%E2%80%99%C3%A9quit%C3%A9_en_sant%C3%A9_Parlons-en_2013.pdf).
8. Loring B, Robertson A. Obesity and inequities: guidance for addressing inequities in overweight and obesity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf.
9. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JD. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. Am J Public Health. 2011 Apr;101(4):654-62

10. Betker C, Rea E, Dhalla N, Turner G. Public health speaks: tuberculosis and the determinants of health. Antigonish (NS): National Collaborating Centre for Determinants of Health; 2014. (Disponible en français : http://nccdh.ca/images/uploads/La_sante%CC%81_publique_a_la_parole_-_la_tuberculose_et_les_de%CC%81terminants_sociaux_de_la_sante%CC%81_Final.pdf).
11. The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada, 2013: infectious disease—the never-ending threat. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2013. (Disponible en français : http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2013/assets/pdf/2013-fra.pdf).
12. National Collaborating Centre for Determinants of Health. Our work. Antigonish (NS): The Centre; 2015. http://nccdh.ca/our-work/.
13. van Ingen T, Khandour E, Fleiszer P. The unequal city 2015: income and health inequities in Toronto (ON): Toronto Public Health; 2015. http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2015/hl/bgrd/backgroundfile-79096.pdf.
14. Sudbury & District Health Unit. The SDHU OPHS evidence-infromed planning cycle. 2015. http://sudburyfamilies.ca/beststart/assets/File/2015PlanningCycle%20-%20Appendix%20A(3).pdf.
15. Saskatoon Health Region. Immunization report. Report of the Medical Health Officer. Saskatoon (SK): Saskatoon Health Region; 2006. https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/Health-Observatory/Documents/Reports-Publications/ImmunizationReport2005_001.pdf.
16. Kershaw T, Cushon J, Dunlop T. Towards equity in immunization: the immunization reminders project. Saskatoon (SK): Saskatoon Health Region; 2011. http://www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/Health-Observatory/Documents/Reports-Publications/ImmRemindersProject_TwoPager_000.pdf.
17. National Collaborating Centre for Determinants of Health. Learning from practice: equity in influenza prevention in Manitoba. Antigonish (NS): The Centre; 2015. (Disponible en français : http://nccdh.ca/images/uploads/Manitoba_FR_Feb_20.pdf).
18. Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. Am J Public Health. 2010 Apr;100(4):590-5.
19. British Columbia Provincial Health Officer. HIV, stigma and society: tackling a complex epidemic and renewing HIV prevention for gay and bisexual men in British Columbia. Victoria (BC): Ministry of Health; 2014. http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/annual-reports/hiv-stigma-and-society.pdf.
20. Cardinal L, Francoeur D, Hamel M, Kirouac S, Théberge Y. Quebec Public Health Program 2003-2012. Quebec (QC): Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2003. http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-216-02A.pdf.
21. Population Health and Wellness. A framework for core functions in public health: resource document. Victoria (BC): Ministry of Health Services; 2005. http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/core_functions.pdf
22. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario public health standards. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario, 2008. (Disponible en français : http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/ophs_2008f.pdf).
23. Nova Scotia Public Health. Nova Scotia Public Health Standards 2011-2016. Halifax (NS): Nova Scotia Public Health; 2011. (Disponible en français : http://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/Public_Health_Standards_FR.pdf).

COMMENTAIRE

Les maladies infectieuses, les déterminants sociaux et la nécessité d'une action intersectorielle

Butler-Jones D[1] *, Wong T[1]

Affiliation

[1]Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, Ottawa (Ontario)

***Correspondance :** david.butler-jones@hc-sc.gc.ca

Résumé

Une lutte efficace contre les maladies infectieuses exige une vaste approche à multiples facettes. Les efforts en matière de santé publique au XIX[e] siècle ont mis l'accent sur la propreté et les bonnes conditions de vie. La théorie germinale des maladies infectieuses qui a prévalu par la suite a été à l'origine de percées majeures dans le domaine des vaccins et antimicrobiens, mais a également donné lieu à un excès de confiance. Désormais, à la lumière des infections émergentes et ré-émergentes et de la résistance aux antimicrobiens, nous savons qu'une approche unidisciplinaire du contrôle des maladies infectieuses n'est plus suffisante et que c'est en travaillant avec les autres que nous pouvons déterminer des moyens pratiques pour aborder tous les facteurs en jeu dans l'émergence et la persistance des maladies infectieuses. Dans le cadre d'une collaboration intersectorielle, interprofessionnelle ou d'activités intergouvernementales ou de coalition, quatre principes majeurs s'appliquent : le respect, l'aspect pratique, la règle de trois et avoir quelque chose à offrir.

***Citation proposée :** Butler-Jones D, Wong T. Les maladies infectieuses, les déterminants sociaux et la nécessité d'une action intersectorielle. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2016;42-Suppl 1:S21-4.*

Introduction

Aborder le défi des maladies infectieuses a toujours nécessité l'adoption d'une vaste approche à multiples facettes. Notre compréhension ayant évolué, cette approche a été élargie de manière à inclure le concept de déterminants sociaux de la santé en vue de mieux aborder l'interaction complexe entre les conditions dans lesquelles nous vivons et notre capacité à favoriser la santé et à nous remettre de la maladie (1). Le présent document décrit l'historique de notre compréhension des maladies infectieuses, de la théorie germinale des maladies infectieuses aux déterminants de la santé et au-delà, définit le besoin d'une approche intersectorielle et le lien avec les principes qui favorisent la formation de coalitions et l'efficacité des mesures intersectorielles.

Théorie germinale des maladies infectieuses

La théorie germinale des maladies infectieuses a été à l'origine de percées majeures qui ont contribué à l'éradication de certaines maladies et à la quasi-élimination d'autres maladies grâce à l'utilisation des vaccins et des antimicrobiens. Quoi qu'il en soit, cette théorie a été très controversée et a fait l'objet de nombreuses discussions au XIX[e] siècle. Il y avait, par exemple, ceux qui craignaient qu'en concluant que les germes étaient la cause réelle de la maladie, les gens ne chercheraient plus à assainir les conditions d'insalubrité souvent à l'origine des infections (2).

La confiance démesurée qui a caractérisé le milieu du XX[e] siècle à amener à penser que l'infection ne constituait plus une grave menace pour l'humanité (3). La théorie germinale des maladies infectieuses ayant été adoptée à grande échelle la tendance à faire preuve d'un peu plus de complaisance avec les conditions environnantes est devenue un problème. Par exemple, au cours des interventions chirurgicales, les personnes considéraient que les antibiotiques pouvaient régler tout risque d'infections postopératoires et se sont montrées davantage laxistes à l'égard des techniques aseptiques. De manière générale, moins d'attention a été accordée au contrôle des infections et aux efforts en matière de santé publique.

La complaisance en matière de maladies infectieuses est aujourd'hui pratiquement absente. Ce changement a commencé dans les années 1980 et 1990, avec l'apparition de l'épidémie de VIH, puis s'est poursuivi au cours des années 2000, avec le syndrome respiratoire aigu sévère et la grippe pandémique (H1N1). L'émergence de la résistance aux antimicrobiens (p. ex. tuberculose multirésistante), l'apparition de nouvelles maladies infectieuses (p. ex. le virus Ebola) et la réapparition d'anciennes maladies infectieuses que l'on croyait vaincues (p. ex. la coqueluche) ont également remis en question la complaisance.

Plus nous en savons au sujet de l'infection, plus nous nous rendons compte de tout ce que nous devons apprendre. Les prions et les maladies liées à la propagation de protéines révèlent un type de maladie infectieuse qui n'est pas causée par un micro-organisme, et il ne s'agira probablement pas de la dernière forme d'organisme infectieux que nous allons découvrir (4). Chaque année, de nouvelles connaissances nous permettent de mieux comprendre la façon dont les micro-organismes

causent ou favorisent un éventail croissant de maladies et de troubles immunitaires.

L'interaction entre les microbes et les déterminants sociaux

Nous avons aujourd'hui reconnu, ou peut-être redécouvert, l'influence significative des déterminants sociaux sur les taux de maladies infectieuses et non infectieuses, et sur la mortalité. L'endroit où nous vivons et la façon dont nous nous comportons, notre contexte social, environnemental et économique, influent tous sur notre bien-être et notre survie.

Nous avons, en quelque sorte, bouclé la boucle. Nous nous sommes rendus compte que la théorie germinale des maladies infectieuses était un peu trop simple et nous avons acquis aujourd'hui une compréhension plus nuancée du rôle que les micro-organismes jouent dans certaines maladies, de leur fonction dans la promotion de processus physiologiques normaux, comme la digestion, et de leurs interactions complexes avec l'immunité (5). Cependant, nous avons également constaté qu'il y avait beaucoup de substance au début du mouvement de santé publique, dont la priorité était une meilleure hygiène et l'amélioration générale des conditions économiques et sociales. Bien que, dans l'ensemble, les conditions sociales et économiques de la santé se sont beaucoup améliorées au cours du dernier siècle, en particulier dans les pays développés, la négligence des questions relatives aux déterminants sociaux a généré des inégalités (6,7). Pour aider à prévenir et à traiter les maladies et les blessures, nous devons tenir compte de toutes les connaissances que nous avons sur les micro-organismes, les vaccins, les traitements et les déterminants sociaux de la santé. Cela étant, le concept « Une santé » est de plus en plus accepté comme une autre façon d'envisager les problèmes auxquels nous sommes confrontés. C'est dans l'interaction entre les animaux, les humains, les facteurs environnementaux et économiques que se trouvent de nombreuses solutions aux défis toujours plus complexes que nous devons affronter.

Un exemple fascinant de l'interaction entre les déterminants sociaux de la santé et les microbes est le fait que l'incidence de la tuberculose a commencé à décliner dans une grande partie de la société occidentale avant l'arrivée de traitements médicaux efficaces (8). De meilleurs logements, moins de surpeuplement, l'amélioration de la nutrition et des conditions de vie, ainsi que la pasteurisation, parmi d'autres facteurs, ont contribué au déclin marqué du taux de tuberculose au XIX^{e} siècle et au début du XX^{e} siècle en Europe et en Amérique du Nord (9).

Ironiquement, bien qu'un certain nombre de traitements efficaces pour la tuberculose ont été développés dans la seconde moitié du XX^{e} siècle, la maladie n'a pas été éliminée. Cela s'explique par une combinaison des déterminants sociaux de la santé et de facteurs immunologique (tels que l'augmentation de la tuberculose chez les personnes atteintes du VIH), et l'émergence de souches de la bactérie multirésistante (10). La tuberculose demeure endémique dans de nombreux pays, y compris dans les Amériques, chez les populations autochtones. L'une des clés de la solution à plus long terme pour lutter contre la tuberculose dans le nord du Canada est l'accès à un logement adéquat en plus de la prévention et du traitement (11-13).

La tuberculose n'est pas le seul exemple d'interaction importante entre les microbes et les déterminants sociaux de la santé. Le fardeau de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et le virus respiratoire syncytial (RSV) est associée à un logement inadéquat et à la pauvreté (14,15). Même le fardeau du VIH/sida (qui sont les personnes touchées et comment elles réagissent au traitement) est lié aux déterminants sociaux de la santé. Par exemple, les personnes vivant avec le VIH qui ont un logement stable sont plus susceptibles d'avoir une meilleure observance du traitement (16).

Pour lutter efficacement contre les maladies infectieuses, la question n'est plus de savoir si l'accent doit être mis sur le soutien social ou sur les facteurs médicaux, biologiques ou environnementaux (17,18), tous ces facteurs jouant un rôle important. Cela signifie également qu'une seule personne ou un seul groupe ne peut pas s'attaquer à toutes les maladies infectieuses. En fait, pour pouvoir lutter efficacement contre les maladies infectieuses aujourd'hui, plusieurs compétences sont nécessaires : la connaissance des maladies infectieuses, la santé publique et les déterminants sociaux de la santé, et la capacité à travailler avec les communautés locales, les gouvernements et les organisations non gouvernementales.

Pourquoi nous avons besoin de coalitions et de l'action intersectorielle

Les stratégies unidiscipinaires de contrôle des maladies ne seront jamais réellement suffisantes pour lutter contre de nombreuses maladies infectieuses : les déterminants sociaux de la santé sous-jacents doivent aussi être pris en compte. Si nous gardons à l'esprit l'importance des déterminants sociaux de la santé et d'autres facteurs non microbiens au moment d'organiser les services de santé, nous trouveront plus facilement des stratégies efficaces.

Un exemple de l'application multidisciplinaire efficace de contrôle des maladies infectieuses est l'utilisation d'un vaccin pour arrêter les éclosions périodiques de l'hépatite A dans les petites communautés éloignées en Saskatchewan. Tout en préconisant une amélioration des conditions sociales et de logement, le système de soins de santé a offert un programme d'immunisation et, par conséquent, a permis de réduire les taux de la maladie au sein de ces communautés à une valeur inférieure à celle de la province dans son ensemble (*données non publiées de la Saskatchewan sur les maladies transmissibles de 1994 à 1999, Dr Shauna Hudson*).

L'un des défis que nous devons relever pour traiter les déterminants sociaux de la santé est que ceux-ci ne sont pas simplement déterministes. En d'autres termes, ce n'est pas parce que la situation financière d'une personne est bonne ou précaire que sa santé sera bonne ou mauvaise. La pauvreté n'est pas qu'un problème économique; il s'agit d'un ensemble de ressources manquantes, de liens, d'autodétermination, d'environnement, etc. Certaines collectivités s'en sortent beaucoup mieux que d'autres avec des revenus, un environnement, une génétique et une culture de base similaires. De plus ces facteurs peuvent être atténués davantage avec des efforts appropriés dans les domaines de l'éducation, de la santé et des services sociaux.

Avec une telle diversité dans les conditions humaines et les méthodes pour aborder ces problèmes, l'un de nos principaux défis est d'aider les collectivités à passer de ce qu'elles sont à ce qu'elles pourraient être.

Parfois, les problèmes reliés à la pauvreté, aux facteurs sociaux, environnementaux et économiques, et notre capacité à les influencer semblent écrasants. Bien que personne ne puisse y parvenir seul et que certains défis semblent insurmontables, diviser ces problèmes en plusieurs problèmes abordables peut être utile pour garantir une action positive.

Principes de la collaboration avec divers secteurs et coalitions

Aucun modèle ou technique idéale ne peut convenir à toutes les personnes ni à toutes les situations. La solution est d'améliorer notre compréhension des différents facteurs sous-jacents des risques et des avantages pour la santé grâce à la collaboration avec d'autres personnes, afin de pouvoir identifier des façons pratiques pour aborder tous les facteurs qui pourraient être en cause.

Les compétences nécessaires pour traiter les maladies infectieuses dans le contexte des déterminants sociaux de la santé peuvent nous sortir de nos rôles habituels. La diplomatie, la formation de coalitions, la création de communautés ne sont que quelques-unes des principales capacités qui nous permettront de gérer les risques et les facteurs sous-jacents. Quatre principes importants s'appliquent.

Respect

Nous ne pouvons pas influencer ceux ou ce que nous ne respectons pas. Bien qu'il ne soit pas nécessaire de considérer ceux avec lesquels nous travaillons pour atteindre des objectifs communs comme des amis – ni même d'être d'accord avec eux – nous devons les respecter en tant que personnes et comprendre les défis auxquels ils sont confrontés, ainsi que leurs aspirations. Ce n'est qu'alors que la conversation sur les changements potentiels pourra avoir lieu. Lorsque nous nous sentons frustrés par les différences, une harangue peut sembler thérapeutique, mais cela entraîne rarement un changement significatif de perspective; la réaction la plus courante est de souhaiter avoir le moins possible affaire avec les harangueurs. C'est pourquoi il est essentiel de travailler dans un esprit de respect.

Trouver des solutions pratiques

Identifier les problèmes n'est pas suffisant. Les responsables des politiques, entre autres, ont également besoin de solutions pratiques et faisables qui soient démontrables ou réalisables. Appliquer ce que nous connaissons déjà ou ce que nous pouvons acquérir dans d'autres situations et comprendre comment procéder à une mise en œuvre efficace peut signifier aller de l'avant sans avoir à recourir à de nouvelles stratégies et technologies.

La règle de trois

Trop souvent, les points de désaccord entre les personnes deviennent les sujets principaux des réunions et entravent les progrès. Pour résoudre ce problème, arrêtez-vous, faites le bilan et divisez les problèmes en trois catégories : ceux sur lesquels on peut s'entendre, ceux qui ne sont pas parfaits mais avec lesquels on peut vivre et ceux qui n'aboutiront probablement pas à un accord. Sans toutefois ignorer complètement cette dernière catégorie, axer la plupart des efforts sur les deux autres empêche qu'une seule de ces catégories n'utilise plus qu'une petite part du temps et de l'énergie disponibles.

Avoir quelque chose à offrir

Il est rare qu'une seule organisation dispose du mandat ou de la capacité nécessaire pour répondre seule aux grandes questions complexes. La raison de la formation de coalitions est que les différents groupes ont différentes choses à offrir, c'est pourquoi il est très utile d'identifier ce que vous et votre organisation pouvez offrir. Une conversation qui va dans le sens de « nous pouvons faire ceci si vous pouvez faire cela » a constitué une technique utile pour mettre fin à l'accumulation des problèmes entre les organisations.

Conclusion

L'amélioration de notre approche biomédicale pour lutter contre les maladies infectieuses avec des stratégies efficaces fondées sur les déterminants sociaux de la santé et l'approche Une santé sera un élément clé de la réussite à long terme. Que ce soit en médecine ou en politique, les principes fondamentaux sont importants. Il faut veiller à ce que les mesures les moins intrusives et les plus efficaces, avec le moins d'effets secondaires possible, nous soient utiles à tous.

Remerciements

Nous souhaitons remercier tous ceux qui travaillent dans des coalitions et qui facilitent l'action intersectorielle pour améliorer la santé de tous.

Conflit d'intérêts

Aucun.

Financement

Aucun.

Références

1. Butler-Jones D, editor. The Chief Public Health Officers report on the state of public health in Canada, 2008: addressing health inequalities. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2008. (Disponible en français :http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-f.pdf)

2. Bliss M. Plague: a story of smallpox in Montreal. Toronto (ON): Harper Collins; 1991.

3. Cooper T. Infectious fisease: no cause for complacency. J Infect Dis. 1976;13:510-12.

4. Cashman N. Protein misfolding disorders: new opportunities for therapeutics, new public health risk . Can Comm Dis Report. 2015; 41-8. (Disponible en français : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/15vol41/dr-rm41-08/index-fra.php).

5. Butler-Jones D, editor. The Chief Public Health Officer's report on the state of public health n Canada, 2013: infectious disease—the never-ending threat. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2013. (Disponible en français : http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2014/assets/pdf/2014-fra.pdf).

6. Postl BD, Cook CL, Moffatt M. Aboriginal child health and the social determinants: why are these children so disadvantaged? Healthc Q. 2010;14:42-51.

7. Richmond CR. Ross NA, Egeland GM. Social support and thriving health: a new approach to understanding the health of indigenous Canadians. Am J Public Health. 2007;97(10):1827-33.

8. McKeown T. The role of medicine: dream, mirage or nemesis? Princeton (NJ): Princeton University Press; 1979.

9. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JD. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. Am J Public Health, 2011;101:654-62.

10. Brudney K, D. J. Resurgent tuberculosis in New York City: Human immunodeficiency, homelessness, and the decline of the tuberculosis program. AM Rev Resp Dis. 1991;144:745-9.

11. Canadian Tuberculosis Committee. Housing conditions that serve as risk factors for tuberculosis infection and disease. Can Comm Dis Report. 2007;33 (ACS-9). (Disponible en français : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07vol33/acs-09/index-fra.php)

12. Clark M, Riben P, Nowgesic E. The association of housing density, isolation and tuberculosis in Canadian First Nations communities. Int J Epidemiol. 2002;31(5):940-5.

13. Kulmann KC, Richmond CA. Addressing the persistence of tuberculosis among the Canadian Inuit population: the need for a social determinants of health framework. Int Indigen Policy J. 2011;2(1):1-16.

14. Tong SY, McDonald MI, Holt DC, Currie BJ. M. Global implications of the emergence of community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus in Indigenous populations. Clin Infect Dis. 2008;46:1871-8.

15. Colosa AD, Masaquel A, Hall CB, Barrett AM, Mahadevia PJ, Yogev R. Residential crowding and severe respiratory syncitial virus disease among infants and young children: a systematic literature review. BMC Infect Dis. 2012;12 (95.doi:10.1186/171-2334-12-95).

16. Rourke SB, Bacon J, McGee F, Gilbert M. Tackling the social and structural drivers of HIV in Canada. Can Comm Dis Rep. 2015;41(12). (Disponible en français : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/15vol41/dr-rm41-12/ar-03-fra.php).

17. Butler-Jones D. Commentary in: Goel V, McIsaac W. Clinical general practice as a setting for health promotion. In: Poland BD, Green LW,. Rootman I, editors. Settings for health promotion: linking theory and practice. Thousand Oaks (CA): Sage; 2000.

18. Heymann J., Hertzman C, Barer ML, Evans RG. Healthier societies: from analysis to action. New York: Oxford University Press; 2006.

Sanitation Hygiene Infant Nutrition Efficacy (SHINE) Trial

Source : Sanitation Hygiene Infant Nutrition Efficacy (SHINE) Trial Team. The Sanitation Hygiene Infant Nutrition Efficacy (SHINE) Trial: Rationale, Design, and Methods. Clin Infect Dis. 2015 Dec 15;61 Suppl 7:S685-702. doi: 10.1093/cid/civ844. (En anglais seulement). http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26602296

L'arrêt de croissance et l'anémie chez les enfants constituent des questions insolubles en matière de santé publique dans les pays en développement et ont des conséquences marquées à court et à long terme. L'essai SHINE découle de la prémisse selon laquelle la dysfonction entérique environnementale (DEE) est une cause fondamentale de l'arrêt de croissance et de l'anémie; l'inflammation chronique est une caractéristique centrale de la DEE qui modère ces effets indésirables, et la DEE est principalement causée par l'ingestion importante de matière fécale en raison des conditions de vie (qualité de l'eau, assainissement et hygiène médiocres). SHINE est un essai de validation communautaire, factoriel 2 x 2, randomisé par groupe, mené dans deux districts ruraux du Zimbabwe, visant à vérifier les effets indépendants et combinés sur la grandeur et l'hémoglobine à l'âge de 18 mois de la protection des bébés contre l'ingestion de matière fécale (facteur 1, mis en œuvre dans le cadre d'une intervention liée à la qualité de l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène) et à optimiser la suffisance nutritionnelle de l'alimentation des nourrissons (facteur 2, mis en œuvre dans le cadre d'une intervention d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants). Dans le cadre de l'essai SHINE, on mesurera deux enchaînements de causalité. L'enchaînement des incidences du programme comprend une série de processus et de comportements liant la mise en œuvre des interventions avec les deux résultats primaires en matière de santé infantile; il sera modélisé au moyen de mesures de la fidélité de la prestation des interventions et de l'adoption des comportements et des pratiques par les ménages. Nous mesurerons également une gamme de caractéristiques des ménages et des personnes, les interactions sociales et les capacités maternelles en matière de soins à l'enfant, ce qui, selon nous, expliquera l'hétérogénéité au sein de ces enchaînements. L'enchaînement biomédical comprend la réponse biologique du nourrisson à la qualité de l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène et les interventions d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants liées à la stature atteinte et à l'hémoglobine à l'âge de 18 mois; la mesure de biomarqueurs de la structure et de la fonction intestinale (inflammation, régénération, absorption et perméabilité) permettront d'élucider cela; la translocation microbienne; l'inflammation systémique; et les facteurs hormonaux liés à la croissance et à l'anémie au sein d'un sous-groupe de nourrissons participant à une sous-étude de la DEE. L'article présente la raison d'être, la conception et les méthodes sur lesquelles repose l'essai SHINE.

Emerging Infections Program Efforts to Address Health Equity

Source : Hadler JL, Vugia DJ, Bennett NM, Moore MR. Emerging Infections Program Efforts to Address Health Equity. Emerg Infect Dis. 2015 Sep;21(9):1589-94. doi: 10.3201/eid2109.150275. (En anglais seulement). http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26291875

Créé en 1995, le Emerging Infections Program (EIP), permet la collaboration entre le ministère de la Santé de dix États (à l'heure actuelle), leurs partenaires des centres universitaires, et les Centers for Disease Control and Prevention. Le EIP assure une surveillance active des maladies infectieuses importantes au sein de la population, s'attaque aux nouveaux problèmes lorsqu'ils surviennent, met l'accent sur les projets qui mènent à la prévention, et élabore et évalue les pratiques en matière de santé publique. Le EIP s'attaque de plus en plus aux défis liés à l'équité en matière de santé énoncés dans le cadre du programme Healthy People 2020. Pour surmonter ces défis, on doit accroître la proportion des conditions décrites dans le cadre du programme Healthy People au sujet desquelles on dispose de données en fonction de la race ou de l'ethnie et de statut socioéconomique comme tremplin vers la reconnaissance et l'élimination éventuelle des inégalités en matière de santé. EIP a fait d'importants progrès, passant d'un programme axé au départ uniquement sur la surveillance des déterminants sociaux par la collecte et l'analyse de données en fonction de la race ou de l'ethnie pour devenir un programme qui recense et met en œuvre des méthodes de surveillance de la population au moyen de mesures du statut socioéconomique reposant sur les régions.

Liens utiles

Agence de la santé publique du Canada. Avis de santé publique - Virus Zika. http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/notices-avis/notices-avis-fra.php?id=143

Agence de la santé publique du Canada. **Le portail canadien des pratiques exemplaires : Déterminants sociaux de la santé.** http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/public-health-topics/social-determinants-of-health/

RMTC

RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA

Agence de la santé publique du Canada
130, chemin Colonnade
Indice de l'adresse 6503B
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
ccdr-rmtc@phac-aspc.gc.ca

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens au moyen du leadership, de partenariats, de l'innovation et de la prise de mesures dans le domaine de la santé publique.

Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par la ministre de la Santé.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2016

On peut aussi consulter cette publication en ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/16vol42/index-fra.php

Also available in English under the title:
Canada Communicable Disease Report